

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное автономное
образовательное учреждение высшего образования
«Национальный исследовательский
Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского»

УТВЕРЖДЕНО
решением ученого совета ННГУ
протокол от " 2 "декабря 2024 г. №10

Рабочая программа дисциплины
«Инфекционные и паразитарные дерматозы»

Уровень высшего образования
Подготовка кадров высшей квалификации
Программа аспирантуры
Дерматовенерология

Научная специальность
3.1.23 Дерматовенерология

Форма обучения
Очная

Нижний Новгород
2025 год

1. Место и цель дисциплины в структуре ОПОП

Дисциплина «Инфекционные и паразитарные дерматозы» относится к числу элективных дисциплин образовательного компонента программы аспирантуры и изучается на втором году обучения в третьем и четвертом семестрах.

Цель дисциплины – формирование у аспирантов углубленных профессиональных знаний об особенностях течения инфекционных и паразитарных дерматозов

Планируемые результаты обучения по дисциплине

Выпускник, освоивший программу, должен

Знать:

- влияние природных и медико- социальных факторов в развитии кожных и венерических болезней, методы их коррекции

Уметь:

- обеспечивать профилактические мероприятия по предупреждению инфекционных, паразитарных и неинфекционных болезней, проводить санитарно- просветительскую работу по гигиеническим вопросам

Владеть:

- оказанием первой помощи при возникновении аварии в лечебном кабинете и при ранних осложнениях, связанных с лечебно- диагностическими мероприятиями (острое расстройство дыхания, сосудистый коллапс, отравления и т.д.)

2. Структура и содержание дисциплины.

Объем дисциплины (модуля) составляет 3 з.е., всего - 108 часов, из которых 36 часов составляет контактная работа обучающегося с преподавателем (занятия лекционного типа – 9 часов, семинарского типа – 27 часов), 72 часов составляет самостоятельная работа обучающегося.

Таблица 2

Структура дисциплины

Наименование раздела дисциплины	Всего, часов	В том числе					
		Контактная работа, часов					Самостоятельная работа обучающегося, часов
		Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа	Занятия лабораторного типа	Консультации	Всего	
Основные инфекционные и паразитарные заболевания кожи и придатков	55	4	15			19	36

Редкие инфекции кожи. Профессиональные дерматозы и дерматозоонозы	53	5	12			17	36
Промежуточная аттестация: – зачет							
Итого	108	8	26			36	72

Таблица 3

Содержание дисциплины

№ п/п	Наименование раздела дисциплины	Содержание раздела	Форма проведения занятия	Форма текущего контроля*
1.	Основные инфекционные и паразитарные заболевания кожи и ее придатков	Основные инфекционные и паразитарные заболевания кожи и ее придатков. Механизмы, способствующие снижению резистентности организма. Особенности течения инфекционной патологии кожи на фоне иммуносупрессии и патологии внутренних органов и систем.	Лекционная, семинарская, самостоятельная работа	Собеседование по вопросам Ситуационные задачи Тесты
2.	Редкие инфекции кожи. Профессиональные дерматозы и дерматозоонозы	Тропические инфекции кожи. Редкие смертельно опасные дерматозы инфекционного характера. Принципы организации помощи. Профессиональные дерматозы инфекционного генеза	Лекционная, семинарская, самостоятельная работа	Собеседование по вопросам Ситуационные задачи. Тесты.

Практические занятия организуются, в том числе в форме практической подготовки, которая предусматривает участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью.

На проведение практических занятий в форме практической подготовки отводится 12 часов.

3. Формы организации и контроля самостоятельной работы обучающихся

Таблица 4

Формы текущего контроля самостоятельной работы обучающихся

№ п/п	№ семестра	Формы контроля	Наименование раздела дисциплины	Оценочные средства	
				Виды	Количество
1.	3	Текущий, промежуточный	Основные инфекционные и паразитарные заболевания кожи и придатков	Собеседование по вопросам	10
				Тесты	10
2.	4	Текущий, промежуточный	Редкие инфекции кожи. Профессиональные дерматозы и дерматозоонозы	Собеседование по вопросам	10
				Ситуационные задачи	4
				Тесты	10

4. Фонд оценочных средств для аттестации по дисциплине

4.1. Критерии и процедуры оценивания результатов обучения по дисциплине.

При выполнении всех работ учитываются следующие **основные критерии**:

- уровень теоретических знаний (подразумевается не только формальное воспроизведение информации, но и понимание предмета, которое подтверждается правильными ответами на дополнительные, уточняющие вопросы, заданные членами комиссии);
- умение использовать теоретические знания при анализе конкретных проблем, ситуаций;
- качество изложения материала, то есть обоснованность, четкость, логичность ответа, а также его полнота (то есть содержательность, не исключающая сжатости);
- способность устанавливать внутри- и межпредметные связи,
- оригинальность мышления, знакомство с дополнительной литературой и другие факторы.

Описание шкалы оценивания на промежуточной аттестации в форме зачета

Оценка	Уровень подготовленности, характеризуемый оценкой
<i>Зачтено</i>	владение программным материалом, понимание сущности рассматриваемых процессов и явлений, умение самостоятельно обозначить проблемные ситуации в организации научных исследований, способность критически анализировать и сравнивать существующие подходы и методы к оценке результативности научной деятельности, свободное владение источниками, умение четко и ясно излагать результаты собственной работы, следовать нормам, принятым в научных дискуссиях.
<i>Не зачтено</i>	непонимание смысла ключевых проблем, недостаточное владение науковедческой терминологией, неумение самостоятельно обозначить проблемные ситуации, неспособность анализировать и сравнивать существующие концепции, подходы и методы, неумение ясно излагать результаты собственной работы, следовать нормам, принятым в научных дискуссиях.

4.2. Примеры контрольных заданий или иных материалов, используемых для оценивания результатов обучения по дисциплине

4.2.1 Перечень вопросов для собеседования:

1. Классификация инфекционных заболеваний. Понятие о простых, ассоциированных инфекциях, суперинфекции и микст-инфекции
2. Принципы диагностики и лечения инфекционных заболеваний.
3. Принципы профилактики инфекционных болезней.
4. Показания и организация госпитализации инфекционных больных.
5. Устройство и режим инфекционной больницы.
6. Структура инфекционной службы в РФ.
7. Механизм передачи возбудителей инфекционных болезней и его основные типы
8. Механизм передачи возбудителей инфекционных болезней и его основные типы
9. Характеристика различных факторов передачи и путей распространения заразного начала (в пределах основных типов механизма передачи)
10. Механизм передачи патогенных микроорганизмов как основа эпидемиологической классификации инфекционных болезней
11. Принципы диспансеризации переболевших инфекционным заболеванием
12. Понятие об источнике инфекции. Источники антропонозных, зоонозных и сапронозных инфекций
13. Основная учетная и отчетная документация в инфекционном стационаре. Контингенты, подлежащие диспансеризации
14. Нормативно-правовая база по вопросам санэпидблагополучия населения, охраны и укрепления здоровья в РФ
15. Особо опасные инфекции: этиология, пути заражения, дифференциальная диагностика, лечение Особо опасные инфекции как основа биологического оружия. Биологическая безопасность в современных условиях
16. Организация работы противотуберкулезного диспансера (основные функции, структура, взаимосвязь с другими службами).
17. Инфекционные вирусные экзантемы
18. Инфекционные экзантемы бактериального характера
19. Дифференциальная диагностика туберкулеза кожи и слизистых

4.2.2. Примеры ситуационных задач для текущего контроля

Задача № 1

Больной Е., 18 лет, поступил в больницу в связи с тем, что мать заметила у сына желтуху. Никаких других симптомов болезни не отмечает.

Самочувствие хорошее. Раньше желтухой не болел. Никаких парентеральных вмешательств в течение полгода не было. Отмечается легкая желтушность склер и кожи, печень у края реберной дуги, чувствительная при ощупывании и поколачивании.

Общий билирубин крови - 140 мкмоль/л, прямой билирубин - 105 мкмоль/л, трансаминазы (АлАТ) - 4,0 мкмоль/л, тимоловая проба - 19 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.

Задача № 2

Больной А., 15 лет, считает себя здоровым, жалоб не предъявляет. Госпитализирован после клиничко-лабораторного обследования в школе в связи со случаем заболевания «желтухой» одноклассника. Со слов больного, в крови нашли «какие-то» изменения, что и послужило основанием для направления в стационар.

При тщательном опросе выяснилось, что до обследования в течение 7-8 дней мальчик чувствовал себя плохо, были слабость, пониженный аппетит, небольшая боль в правом подреберье, 1 раз рвота. Температуру не измерял. Темной мочи и изменения окраски кала не видел. При осмотре состояние больного удовлетворительное, желтухи нет. Пульс - 72/мин., ритмичный. Печень на 1,5 см ниже реберной дуги, селезенка - у края реберной дуги. Моча и кал нормальной окраски.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Составьте план обследования.

Задача № 3

Больная М., 25 лет, лечится у врача по поводу ОРЗ (ринофарингит) в течение 5 дней. В последние 2 дня температура тела нормализовалась, однако самочувствие ухудшилось - пропал аппетит, появилась выраженная слабость, тупая боль в правом подреберье. При расспросе удалось выявить, что цвет мочи стал несколько темнее.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.
3. Ваша тактика.

Задача № 4

Больной Н., студент, 18 лет. 18 сентября отметил появление кашля и насморка, повышение температуры до 37,6°C. В поликлинике поставлен диагноз «ОРЗ», лечился аспирином, этазолом. Однако самочувствие продолжало ухудшаться, исчез аппетит, после приема таблеток этазола была рвота, стал ощущать тошноту, тяжесть в верхнем отделе живота, температура повысилась до 38,0°C.

При повторном осмотре врачом 22 сентября выявлены тошнота, однократная рвота, вздутие и болезненность живота в верхнем отделе. С диагнозом «пищевая токсикоинфекция» был госпитализирован в инфекционное отделение.

В приемном отделении отмечена небольшая желтушность кожи, цвет мочи темный. Печень выступала из-под края реберной дуги на 2-3 см, чувствительная при пальпации. Селезенка не пальпировалась. Пульс - 52/мин., АД - 100/60 мм рт.ст.

Из анамнеза выяснилось, что аналогичная симптоматика отмечена еще у двух человек, бывших вместе с заболевшим в туристической поездке.

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Определите лабораторные методы исследования для уточнения диагноза.

Задача № 5

Больной К., 30 лет, продавец магазина. С 10 марта находился в терапевтическом отделении ЦРБ по поводу обострения ревматоидного артрита. В связи с появлением желтухи 18 марта переведен в инфекционное отделение с диагнозом: Гепатит. В контакте с желтушными больными не был.

При поступлении отмечается интенсивная желтушность кожи, склер, зуд кожи с расчесами в области груди и конечностей. Аппетит понижен, язык обложен, живот мягкий, печень +5 см, чувствительная при пальпации. Пальпируется край селезенки, поташнивает. Температура нормальная. Пульс 56/мин., ритмичный, АД-100/60 мм рт.ст., спит плохо из-за зуда кожи.

В анализах крови: L - $4,2 \cdot 10^9/\text{л}$, формула без особенностей, СОЭ - 8

мм/час; билирубин общий - 180 мкмоль/л, прямой билирубин - 100 мкмоль/л, сулемовая проба -1,9, тимоловая проба -2,5 ед, холестерин крови - 6,76 мкмоль/л, АлАТ - 5,5 мкмоль/час/л (норма 0,7 мкмоль/час/л).

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. Какие необходимо провести обследования для подтверждения диагноза.

Задача № 6

Больной С., 36 лет, оперирован в начале октября 2009 года по поводу язвенной болезни 12^{тн}-перстной кишки. До операции и после операции переливалась кровь, всего перелито 1300 мл. В контакте с желтушными больными не был. 28.11.09 г. появились боли в суставах, слабость, пропал аппетит. 30.11.09 г. потемнела моча, со 2.12.09 г. заметил желтушность кожи, склер, в тот же день поступил в больницу с диагнозом: Вирусный гепатит.

При поступлении отмечают вялость больного, адинамия, плохой аппетит, выраженная желтуха, рвота 1-2 раза в день. Печень +2 см, болезненна, селезенка не увеличена. Температура нормальная, пульс 64/мин., L- $7,2 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ - 15 мм/час, билирубин общий - 300 мкмоль/л, его прямая фракция - 250 мкмоль/л, АлАТ - 6,2 мкмоль/час /л (норма до 0,7 мкмоль/час/л), сулемовая проба - 1,2 ед.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.

Задача № 7

Больной И., 50 лет, оперирован в туберкулезной больнице 10.06.09 г. по поводу туберкулеза левого легкого. 7.08.09 г. в палате, где находился И., выявлен больной с желтухой, также оперированный в этой больнице в мае 2009 года.

25.08.09 г. пациент И. почувствовал слабость, недомогание, боли в суставах, тошноту, потемнела моча. 28.08.09 г. появилась желтуха склер и кожных покровов. Больной активен, несколько эйфоричен, пульс 100/мин., ритмичный, печень у края реберной дуги, резкая болезненность при ощупывании и поколачивании, на коже груди, предплечья множественные геморрагии. Утром и днем была рвота. Температура тела 38,5°C.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. План лабораторного обследования.

Задача № 8

Больная П., 26 лет, медсестра отделения реанимации областной больницы. Переведена из областной больницы, где лечилась в течение 7 дней по поводу острого холецистита. Заболевание началось постепенно с резкой общей слабости, разбитости, ломоты в суставах и мышцах. Температура тела со 2-го дня болезни 38-39°C, с 3-го дня болезни сильные боли в области правого подреберья, была многократная рвота. Получала лечение по поводу холецистита - без эффекта. На 8-й день болезни появилась желтуха и больная переведена в инфекционную больницу с диагнозом: Болезнь Боткина.

В контакте с желтушными больными не была, никаких инъекций и парентеральных вливаний в течение последнего года не было, ничем не болела.

При поступлении больная вялая, адинамичная, сознание ясное, заторможена. Желтуха интенсивная. Язык сухой, обложен сероватым налетом, плохо спала прежние ночи, весь день сонлива. Печень +0,5 см, край мягкий, пальпируется отчетливо, резкая болезненность при ощупывании печени. Селезенка не увеличена. Пульс 98/мин., ритмичный, мягкий, АД-100/40 мм рт.ст.

В анализах крови: L- $3,2 \cdot 10^9$ /л с нейтрофильным сдвигом, СОЭ - 3 мм/час; билирубин общий - 240 мкмоль/л, его прямая фракция - 180 мкмоль/л, сулемовая проба - 1,1, АлАТ - 6,0 мкмоль/час/л, холестерин - 3,64 мкмоль/л, протромбин - 45%.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
2. Какое лабораторного обследования указывает на развитие печеночной недостаточности.

Задача № 9

Больная А., 28 лет, доставлена в инфекционную больницу без сознания, с резко выраженной желтухой. Ощущается «печеночный» запах изо рта. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При перкуссии грудной клетки легочный звук, при аускультации везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены. Пульс ритмичный, слабого наполнения, 120/мин., АД - 110/70 мм рт.ст. Печень и селезенка не пальпируются. При перкуссии нижний край печени определяется на 2 см выше реберной дуги по среднеключичной линии справа. Корнеальные рефлексы сохранены.

Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произведена аппендэктомия. Желтуха появилась вчера, а за неделю до поступления в стационар началось «простудное заболевание».

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование
2. Какие лабораторные исследования необходимо провести для определения этиологии заболевания.

Задача № 10

Больной А., 50 лет, направлен в клинику инфекционных болезней на 20-й день заболевания из районной больницы. В течение 3 недель беспокоили общая слабость, недомогание, тошнота и рвота, отсутствие аппетита. 2 дня назад температура тела повысилась до 37,8°C. Выражено головокружение, участилась рвота, появилась боль в области правого подреберья, нарастала слабость.

При осмотре: резко выражена желтушность кожи и склер, имеются единичные петехии на коже, преимущественно в области верхней части грудной клетки. Температура тела 37,8°C. Пульс - 116/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены. АД - 80/60 мм рт.ст. В легких везикулярное

дыхание. Язык густо обложен серым налетом, сухой. Живот мягкий, несколько вздут. Нижний край печени определяется на 3 см ниже уровня реберной дуги, верхний - на уровне 6-го ребра, селезенка +2 см из-под края реберной дуги.

В биохимическом анализе крови: билирубин общий - 206,9 мкмоль/л, прямой - 172,7 мкмоль/л, АлАТ-44,5 мкмоль/час/л, сулемовая проба - 1,2 мл, протромбиновый индекс - 40%.

1. Ваш предполагаемый диагноз и его обоснование.
2. По каким лабораторным показателям определяют степень тяжести больного.

4.2.3. Примеры тестов для текущего контроля

Возбудителем урогенитальной хламидийной инфекции является:

- а) *Chlamydia pneumoniae*
- б) *Chlamydia trachomatis*
- в) *Chlamydia psittaci*
- г) *Chlamydia trachomatis*

Хламидия — это:

- а) грамотрицательные бактерии, являющиеся облигатными внутриклеточными паразитами
- б) грамположительные бактерии, являющиеся факультативными внеклеточными паразитами
- в) вирус
- г) простейшее

***Chlamydia trachomatis*, кроме урогенитальной хламидийной инфекции, является возбудителем:**

- а) трахомы, венерической лимфогранулемы
- б) пиодермии
- в) гонореи
- г) сифилиса

Возбудитель чесотки?

- а) *Sarcoptes scabiei*
- б) *Sarcoptes Canis*
- в) *Ixodes uriae*
- г) *Ixodes persulcatus*

Усиление активности возбудителя чесотки отмечается:

- а) утром
- б) днем
- в) постоянно
- г) вечером и ночью

Симптом Арди - это:

- а) пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
- б) кровянистые корочки в области локтей и в их окружности;
- в) кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;

г) обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения.

Симптом Горчакова - это:

- а) пустулы и гнойные корочки на локтях и в их окружности;
- б) кровянистые корочки в области локтей и в их окружности;
- в) кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межъягодичной складке с переходом на крестец;
- г) обнаружение чесоточного хода пальпаторно в виде легкого полосовидного возвышения.

Инкубационный период контагиозного моллюска длится:

- а) 1-10 дней
- б) от 1 недели до несколько месяцев
- в) 1-2 месяца
- г) 5-6 месяцев

У ВИЧ — инфицированных лиц очаги контагиозного моллюска чаще локализуются:

- а) В крупных складках
- б) Низ живота, бедра
- в) Лицо, шея и верхняя часть туловища
- г) Веки и лоб

Какой первичный морфологический элемент типичен для контагиозного моллюска?

- а) Пустула
- б) Волдырь
- в) Бугорок
- г) Узелок

Узелки контагиозного моллюска возникают на:

- а) Неизменной коже
- б) Эритематозной коже
- в) Отечной коже
- г) Гипопигментированной коже

6. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины.

Основная литература:

1. Кожные и венерические болезни / Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2012., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=634484&idb=0>.
2. Бутов Ю.С. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание : практическое руководство / Бутов Ю.С.; Скрипкин Ю.К.; Иванов О.Л. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 896 с. - ISBN ISBN 978-5-9704-5708-5., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=735025&idb=0>.
3. Дерматовенерология / Самцов А.В., Барбинов В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=649443&idb=0>.
4. КЛИНИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ ЧЕСОТКИ / Потекаев Н.Н., Доля О.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=633810&idb=0>.
5. Кожные и венерические болезни. Атлас / Владимиров В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016.,

<https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=648540&idb=0>.

5. Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей : учебник / Учайкин В.Ф.; Шамшева О.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-7032-9., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=809232&idb=0>.

Дополнительная литература:

1. Дерматовенерология. Атлас / А.Н. Платонова, А.Л. Бакулев, С.Р. Утц. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2017., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=649634&idb=0>.

2. Дерматовенерология / Чеботарев В.В., Асхаков М.С. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2016., <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435670.html>

3. Избранные лекции по ВИЧ-инфекции / Покровский В.В. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015., <https://e-lib.unn.ru/MegaPro/UserEntry?Action=FindDocs&ids=643799&idb=0>.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы (в соответствии с содержанием дисциплины):

ЭБС «Юрайт». Режим доступа: <http://biblio-online.ru>.

ЭБС «Консультант студента». Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru>. ЭБС «Лань». Режим доступа: <http://e.lanbook.com/>.

ЭБС «Znanium.com». Режим доступа: www.znanium.com. ЭБС «Консультант врача» Режим доступа: www.rosmedlib.ru

Лицензионное ПО (операционная система Microsoft Windows, пакет прикладных программ Microsoft Office) и свободно распространяемое программное обеспечение.

Программное обеспечение и Интернет-ресурсы

1. Health on the Net — MedHunt (<http://www.hon.ch/MedHunt/>)

2. MEDLINEplus (<http://medlineplus.gov/>)

3. MedicalStudent.com (<http://www.medicalstudent.com>)

4. Medscape (<http://www.medscape.com>)

PubMed – NCBI (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov>)

7. Материально-техническое обеспечение дисциплины

- помещения для проведения занятий: лекционного типа, семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для хранения и профилактического обслуживания оборудования и помещения для самостоятельной работы обучающихся, оснащенные компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду ННГУ;

- материально-техническое обеспечение, необходимое для реализации дисциплины, включая лабораторное оборудование;

- лицензионное программное обеспечение: *Windows, Microsoft Office*;

- обучающиеся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечиваются электронными и (или) печатными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

Рабочая программа учебной дисциплины составлена в соответствии с учебным планом, Положением о подготовке научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре) (Постановление Правительства РФ от 30.11.2021 № 2122), Федеральными государственными требованиями к структуре программ подготовки научных и научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре) (Приказ Минобрнауки РФ от 20.10.2021 № 951).

Автор: д.м.н., доцент Петрова К.С.

Рецензент: д.м.н., профессор Григорьева Н.Ю.

Заведующий кафедрой : д.м.н. Шарабрин Е.Г.

Программа одобрена на заседании Методической комиссии Института клинической медицины от 24.10.2024 года, протокол № 8.