ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «ДАГЕСТАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

УТВЕРЖДАЮ
Проректор по учебной работе,
_____ Шахбанов Р.К.
_____
подпись
"_1_" _05_ 2019 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ДИСЦИПЛИНЫ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

по_____дерматовенерологии_____
(наименование дисциплины)
Индекс дисциплины_Б1. Б.49 _____
Специальность (направление) 31.05.03.«Стоматология»_____
(шифр и наименование специальности (направления)
Уровень высшего образования___специалитет_____
Квалификация выпускника _ Врач-стоматолог общей практики

Факультет___ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЙ _____
Кафедра_____ Кожных и венерических болезней _____
Форма обучения ____очная_____
курс___ IV _____
семестр__8_____
Всего трудоёмкость (в зачётных единицах/часах) 3/108_
Лекции - 21(час)
Практические занятия - 51(час)
Самостоятельная работа - 36(часов)
Форма контроля____зачет_____

МАХАЧКАЛА, 2019

СОДЕРЖАНИЕ

№	Раздел рабочей программы дисциплины	Стр.
1.	Цель и задачи освоения дисциплины (модуля).	
2.	**ПЕРЕЧЕНЬ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ**	
3.	МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ	
4.	ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ	
5.	СТРУКТУР А И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)	
5.1.	Разделы учебной дисциплины (модуля) и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении.	
5.2.	Разделы дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы текущего контроля	
5.3.	Название тем лекций с указанием количества часов	
5.4.	Название тем практических занятий с указанием количества часов	
5.5.	Лабораторный практикум	
6.	ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ	
7.	ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОИ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»	
8.	ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ	
9.	МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
10.	КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ	
11.	МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ	
12.	**ЛИСТ РЕГИСТРАЦИИ ИЗМЕНЕНИЙ В РАБОЧУЮ ПРОГРАММ**	
13.	*Приложение.* ФОС	

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель: *формирование и развитие у студентов по дисциплине «дерматовенерология» компетенций, направленных на анализ информации, диагностику и определения тактики ведения дерматозов и венерических заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ*

Задачами освоения дисциплины являются:

- дать обучающимся информацию о наиболее распространенных дерматовенерологических заболеваниях слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;
- ознакомить студентов с методами обследования и дифференциальной диагностики больных кожным или венерическим заболеваниями;
- сформировать у студента способность к диагностике патологических состояний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ на основе анамнестических, клинических и лабораторных методов исследования;
- научить студента определять тактику ведения больных дерматовенерологического профиля с патологией слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;
- подготовить обучающихся к ведению истории болезни больных дерматозами слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ;
- *учесть, использовать и развивать личностно-социальные качества студента в реализации его знаний и умений;*

- *реализовать компетентный подход в обучении: учить студента не просто воспроизводить информацию, а подготовить его к реальной жизненной ситуации -путём воспроизведения, рассуждения и умозаключения провести диагностику патологического состояния слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, либо исключить его.*

2. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

№	Наименование категории (группы) компетенции	Выпускник, освоивший программу специалитета, должен обладать следующими компетенциями
	1	**2**
2	**Общепрофессиональные компетенции**	ОПК-9 – способность к оценке морфофункциональных, физиологических состояний и патологических процессов в организме человеке для решения профессиональных задач;

		Знать: знать патогистологическое состояние слизистой оболочки полости рта при первичных и вторичных морфологичеких элементах на ней; - фазы воспаления в коже и слизистой оболочке полости рта; - механизм развития аутоимунных процессов в коже. **Уметь:** проводить кожный лекарственный тест на чувствительность к препарату; - провести биопсию кожи; - прогнозировать возможность развития патологическо процесса, уметь предупреждать осложнения; - дифференцировать первичные и вторичные морфологические элементы слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. **Владеть:** - методами диагностики заболеваний кожи; - методами анализа и алгоритмом диагностики патологических состояний;
3	**Профессиональные компетенции**	ПК-6 – способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов стоматологических заболеваний, нозологических форм
		Знать: -основные клинические проявления дерматозов на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ, особенности их диагностики и наблюдения; -общие принципы и подходы дифференциальной диагностики хейлитов, а также предраковых заболеваний слизистой оолочки полости рта; -основные принципы диагностики и лечения венерических

		заболеваний слизистой оболочки полости рта; -особенности течения и возможные осложнения наиболее распространённых дерматовенерологических заболеваний слизистой оболочке полости рта и красной каймы губ; **Уметь: -**собрать анамнез, обследовать кожу, слизистую оболочку полости рта и красную кайму губ (осмотр, граттаж, витропрессия, исследование дермографизма кожи, использование «метода просветления»), провести анализ лабораторных исследований ; -интерпретировать результаты обследования, поставить предварительный диагноз, наметить объём дополнительных исследований и сформулировать клинический диагноз; -вести историю болезни пациента с манифестацией дерматоза на слизистой оболочке полости рта и красной кайме губ; **Владеть: -**методами клинического обследования больных дерматовенерологического профиля с поражением слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ; -интерпретацией лабораторных методов диагностики у больных дерматовенерологического профиля; -алгоритмом постановки предварительного и развёрнутого клинического диагноза пациентам дерматовенерологического профиля с энантемами слизистой оболочки полости рта и экзантемами красной каймы губ;
		ПК-8 – способность к определению тактики ведения пациентов с различными стоматологическими заболеваниями;

		Знать: -основные принципы лечения слизистой полости рта; -особенности течения и возможные осложнения наиболее распространённых заболеваний в дерматовенерологии; -рациональный выбор конкретных лекарственных средств при лечении патологических состояний кожи и инфекций, передающихся половым путём; **Уметь:** -разработать больному план лечения с учётом течения дерматовенерологического заболевания, подобрать и назначить лекарственную терапию; - прогнозировать возможность развития побочных эффектов лекарственной терапии системными и наружными препаратами, уметь их предупреждать, а при развитии их купировать; - подобрать комбинированную терапию системными и наружными препаратами с целью исключения нежелательного взаимодействия **Владеть**: - методикой оформления медицинской документации дерматовенерологического больного (амбулаторной карты, истории болезни, экстренного извещения); - методами анализа рационального назначения медикаментов и предупреждения полипрагмазии в дерматовенерологии.

3.МЕСТО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Учебная дисциплина Б1.Б 49 - *«дерматовенерология»* относится к блоку базовой части дисциплин.

Материал дисциплины опирается на *знания, приобретенные ранее в результате освоения предшествующих дисциплин (гистология, эмбриология и цитология;* ***патологическая анатомия****). В результате изучения этих дисциплин студент должен знать строение и патологическое состояние слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ («входные» знания). Строение органов малого таза студент также должен знать к началу цикла - изучает на предшествующем модуле дисциплины «акушерство». Вопросы предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ (болезнь Боуэна, бородавчатый предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, кератоакантома, кожный рог) студенты изучают одновременно на модуле дисциплины онкостоматология и лучевая диагностика. Знания, полученные студентами при изучении предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, лейкоплакии, манифестного сифилиса слизистой оболочки полости рта, дисциплины «дерматовенерология» являются «входными» для последующих модулей дисциплин «герантостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта» и «клиническая стоматология» в 9 семестре..*

Междисциплинарные связи дисциплины с другими дисциплинами ООП

Наименование обеспечиваемых дисциплин	Семестр	Раздел дисциплины (модуль/раздел/тема тематического плана)									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Гистология, эмбриология и цитология	*2,3*		+								
Патологическая анатомия	*3,4*			+							
Акушерство	*5,6*					+					
Онкостоматология и лучевая терапия	*8*								+		
Герантостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта	*9,10*									+	
Клиническая стоматология	*9,10*									+	

1.Изучаемая дисциплина дерматовенерология находится в логической и содержательно-методической связи с такими дисциплинами раздела базовой части естественнонаучного цикла, как гистология, эмбриология и цитология (2,3 семестры – тема «строение слизистой оболочки полости рта» изучается во 2 семестре); а также патологическая анатомия- (3,4 семестры – тема «патология кожи и слизистых оболочек» в 3 семестре); профессионального цикла, как акушерство- (5,6 семестры - тема «строение органом малого таза» в 5 семестре).

2. Знания, полученные студентами при изучении предраковых заболеваний слизистой оболочки полости рта дисциплины «дерматовенерологи» они изучают одновременно на модуле дисциплины «онкостоматология и лучевая диагностика». В тоже время темы предраковые заболеваний слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ, лейкоплакии, манифестные проявления сифилиса на слизистой оболочке полости рта дисциплины «дерматовенерология» являются «входными» для последующих модулей дисциплин «герантостоматология и заболевания слизистой оболочки полости рта» и «клиническая стоматология» 9 семестре.

4. **ТРУДОЕМКОСТЬ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ) И ВИДЫ КОНТАКТНОЙ РАБОТЫ**

Виды работы	**Всего часов**	**Кол-во часов в семестре**
		8
1	**2**	**3**
Контактная работа (всего), в том числе:	**62**	**62**
Лекции (Л)	**21**	**21**
Практические занятия (ПЗ),	**51**	**51**
Самостоятельная работа обучающегося (СРО)	**36**	**36**
Вид промежуточной аттестации	зачёт	зачёт
ИТОГО: Общая трудоемкость часов/зет	**108/3**	**108/3**

5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

5.1 Разделы учебной дисциплины (модуля) и компетенции, которые должны быть освоены при их изучении

Дерматология

Наименование раздела дисциплины **Тема № 1.** Строение, функции кожи и слизистой полости рта. Основы диагностики болезней кожи: I и II морфологические элементы.

Контролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5

Содержание раздела:

I. Строение кожи и ее придатков

1. Строение кожи.

Общая характеристика кожи (площадь, толщина, рисунок, дактилоскопия, дерматоглифика). Строение эпидермиса (базальный, шиповидный, зернистый, блестящий, роговой слои), дермы (сосочковый и сетчатый слои; волокна, клеточные элементы, аморфное вещество), подкожно-жировой клетчатки. Клетки Лангерганса и их функция. Пигменты кожи (меланин, меланоид, каротин, трихосидерин). Кровоснабжение (поверхностные и глубокие артериальные, венозные сети) и иннервация (инкапсулированные и не инкапсулированные нервные окончания) кожи. Особенности кожи у детей.

2. Придатки кожи.

Сальные железы (размеры, строение, свободные, и связанные, тип секреции, изменение секреции с возрастом, функции, заболевания). Потовые железы (эккринные и апокриновые; их строение; типы секреции; функции; заболевания). Волосы и волосяной фолликул (строение, заболевания). Ногти (строение, заболевания).

II. Функции кожи

Защитная, дыхательная, иммунная, резорбционная, секреторная, экскреторная, участие в терморегуляции, обменных процессах, рецепторная.

III. Сыпь и ее виды

1. Определение сыпи.

Классификация морфологических элементов: первичные (полостные, бесполостные) и вторичные.

2. Первичные бесполостные морфологические элементы.

Пятно (macula): определение, сосудистые: воспалительные (эритема, розеола), невоспалительные (паралитические - телеангиэктазии, эмоциональные, сосудистые родимые пятна); геморрагические (петехия, пурпура, вибицес, экхимоз, гематома); пигментные (гипер- и гипохромные) пятна. Узелок или папула (papula): определение, варианты по величине, форме, консистенции, глубине залегания, динамика разрешения. Бугорок (tuberculum): определение, динамика разрешения. Узел (nodus): определение, динамика разрешения. Волдырь (urtica): определение, динамика разрешения.

3. Первичные полостные морфологические элементы.

Пузырек (vesicula), пузырь (bulla): определение, разновидности (интра- и субэпидермальные), динамика разрешения. Гнойничок (pustula): определение, клинические разновидности (импетиго, фликтена, фолликулит, акне, эктима, рупия), динамика разрешения.

4. Вторичные морфологические элементы.

Чешуйка (squama): определение, варианты по размеру (муковидные, отрубевидные, пластинчатые, листовидные). Корка (crusta): определение, варианты по экссудату (серозные, гнойные, геморрагические, смешанные). Трещина (fissura, rhagas): определение, варианты по глубине залегания. Рубец (cicatrix): определение, клинические варианты (нормо-, гипер- и атрофические). Экскориация (excoriatio), эрозия (erosio), язва (ulcus), лихенификация (lichenificatio), вегетация (vegetationes), пигментация (pigmentatio): определение, динамика разрешения.

5. Понятие о мономорфизме и полиморфизме (истинном и ложном) высыпаний.

IV. Патоморфологические изменения в коже

Вакуольная дистрофия, баллонирующая дегенерация, спонгиоз, акантолиз, акантоз, папилломатоз, гиперкератоз, паракератоз, гранулез.

V. Методика обследования больного дерматологического профиля

1. Особенности обследования дерматологических больных.

Обязательный осмотр всего кожного покрова и слизистых оболочек. Обследование больного в теплом помещении при дневном освещении. Соблюдение определенной последовательности обследования: выяснение жалоб - предварительный осмотр - сбор анамнеза болезни - установление анамнеза жизни - окончательный осмотр с использованием инструментальных методов,

1. Принципы деонтологии в дерматологии.

2. Симптомокомплекс кожных заболеваний.

Субъективные симптомы - зуд, жжение, боль, покалывание. Объективные симптомы: состояние кожного покрова в целом (окраска, пигментация, эластичность, тургор кожи, состояние пото- и салоотделения, подкожножировой клетчатки, волос, ногтей, слизистых оболочек), локальный статус - описание очага поражения на основе морфологических элементов (цвет, форма, очертание, величина, поверхность, границы, периферический рост, группировка, консистенция, глубина залегания, локализация, распространенность процесса). Общие симптомы - вялость, слабость, недомогание, повышение температуры, головные боли, озноб, артралгии и т.д.

4. Методы диагностики кожных заболеваний.

Инструментальные (осмотр под люминесцентной лампой Вуда, определение дермографизма, симптомов Никольского, Бенье-Мещерского, зонда, яблочного желе, триады симптомов, изоморфной реакции Кебнера, постановка йодной пробы Бальцера, кожных аллергических проб и т.д.), бактериоскопические, бактериологические, гистологические, цитологические, иммунологические, общеклинические методы.

VI. Принципы лечения дерматозов

1. Общая терапия.

Этиотропная (специфическая), патогенетическая, симптоматическая. Виды общей терапии: режим, диетотерапия, антибактериальная, противовирусная, противогрибковая, гипосенсибилизирующая, гормональная, имунокоррегирующая, дезинтоксикационная, фотодесенсибилизирующая, стимулирующая терапия, витаминотерапия, химиотерапия; средства, воздействующие на нервную систему, физиотерапевтические методы, фитотерапия, иглорефлексотерапия, санаторно-курортное лечение и т.д.

2. *Наружная терапия.*

Характер действия наружных средств: противовоспалительное, противозудное, кератолитическое, кератопластическое, антипаразитарное, отбеливающее, разрушающее (прижигающее), фотозащитное, дезинфицирующее, рассасывающее, антибактериальное, антивирусное, фунгицидное.

Лекарственные формы наружных средств: примочки, анилиновые красители, взбалтываемые смеси, пасты, мази, кремы, пластыри, лаки, клеи, мыла. Способы их применения. Наиболее распространенные рецепты.

Тема 2. Пиодермиты: стафилококковые, стрептококковые, смешанные, хронические. Вирусные заболевания: простой пузырьковый и опоясывающий лишай.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

Пиодермии.

1. Этиология.

Возбудители: стафилококки (золотистый, эпидермальный, сапрофитный), стрептококки (гемолитический, зеленящий, негемолитический). Морфология. Факторы вирулентности (токсины, ферменты), антигенные свойства, L-формы.

2. Патогенез.

Эндогенные и экзогенные факторы, предрасполагающие к развитию пиодермии. Общая и местная реакция организма. Фагоцитоз.

3. Классификация.

По возбудителю: стафилодермии, стрептодермии, смешанные формы. По глубине поражения: поверхностные, глубокие. По течению: острые и хронические. По механизму возникновения: первичные и вторичные.

4. Стафилодермии.

Клинические разновидности: стафилококковое импетиго, остиофолликулит, фолликулит, вульгарный сикоз, фурункул, карбункул, гидраденит, вульгарные угри. Стафилодермии у детей. Их клиническая характеристика: морфологические элементы, динамика, локализация, прогноз.

5. ***Стрептодермии.***

Клинические разновидности: стрептококковое, буллезное, щелевидное импетиго, поверхностный панариций, интертригинозная стрептодермия, сифилоподобное папулезое импетиго, простой лишай, острая диффузная поверхностная стрептодермия, вульгарная эктима. Стрептодермии у детей. Их клиническая характеристика: морфологические элементы, их динамика, локализация, прогноз.

- ***Дифференциально-диагностические критерии стрепто- и стафилодермии.***
- ***Стрепто-стафилодермии.***

Клинические разновидности: вульгарное импетиго, хроническая язвенная, язвенно-вегетирующая, язвенно-серпигинирующая, гангренозная пиодермии, шанкриформная пиодермия. Их клиническая характеристика: морфологические элементы, их динамика, локализация, прогноз.

8. Лечение.

Общая терапия (специфическая - антибиотики, сульфаниламиды, нитрофурановые препараты, активная специфическая иммунотерапия; неспецифическая иммуннотерапия - пиротерапия, биогенные стимуляторы, витамины, ферменты, иммуномодуляторы). Наружная терапия: анилиновые красители, перманганат калия, присыпки, аэрозоли, пасты, мази с антибиотиками, эмульсии с сульфаниламидами. Физиотерапевтические методы: УФО, УВЧ, ультразвук, электрофорез. Хирургическое лечение: вскрытие, иссечение, кюретаж.

9. Профилактика.

Общественная (санитарно-технические и лечебно-профилактические мероприятия) и индивидуальная (уход за кожей, закаливание, полноценное питание и т.д.).

Герпес – вирусная инфекция.

1.1. Определение.

Эпидемиологическое значение. Морфология вируса: строение вириона (нуклеоид, капсид, оболочка). Патогенез: жизненный цикл (поражение клеток, вирусные включения, вironуклеоны). локализация, диссеминация и фагоцитоз вирусов, эритротропизм, повреждение хромосом. Антигенные свойства: ВПГ-1, ВПГ-2. Роль вирусов в возникновении злокачественных новообразований. Пути заражения. Предрасполагающие факторы.

1.2. Клиника.

Простой пузырьковый лишай: начало заболевания, субъективные ощущения, первичный и рецидивирующий герпес, локализация вокруг естественных отверстий (каких?), морфологический элемент (пузырек, динамика его развития, группировка), осложнения, течение, причины рецидивов, редкие формы (абортивная, зостериформная, отечная, мигрирующая, элефантиазо-подобная, диссеминированная, геморрагическая, некротическая, язвенная), дифференциальный диагноз со стрептококковым, стафилококковым импетиго, твердым шанкром, шанкриформной пиодермией.

Герпетиформная экзема Капоши: возраст, причины возникновения, особенности клинического течения, прогноз, лечение.

Опоясывающий лишай: возбудитель, сезонность, предрасполагающие факторы, иммунитет, начало заболевания (невралгия, симптомы интоксикации), локализация высыпаний по ходу нервов, полиморфизм высыпаний (эритема-папула-везикула, динамика процесса), локализованная и генерализованная формы, редкие разновидности (геморрагическая, пузырная, гангренозная, генерализованная). Регионарный лимфаденит. Симптомы поражения центральной и периферической нервной системы, черепно-мозговых нервов, их ганглиев. Триада Хунта (одностороннее высыпание опоясывающего лишая, парез лицевого нерва, боли в ухе). Менингиальные явления. Дифференцильный диагноз с невралгией, рожистым воспалением, стафилококковым импетиго, гепатохолециститом.

1.3. Диагностика.

Цитологические, серологические и культуральные методы, полимеразная цепная реакция.

1.4. Лечение.

Общая терапия: противовирусные препараты (ацикловир, валацикловир, фамцикловир, рибоверин, виразол, модимунал, метисазон, бонафтон, интерферон, герпетическая поливакцина), антибиотики широкого спектра действия, аналгетики, дегидротационная терапия, ганглиоблокаторы, индукторы интерферона, витамины, иммуномодуляторы, биогенные стимуляторы. Наружные средства: противовирусные мази - оксолиновая, теброфеновая, флореналевая, бонафтоновая с интерфероном, риодоксоловая, хелепиновая, ацикловир (зовиракс, виролекс), линимент госсипола, анилиновые красители, мумие. Физиотерапевтические методы: УФО, фонофорез, токи Бернара, микроволновая терапия, ультразвук.

1.5. Профилактика.

Закаливание, повышение сопротивляемости организма, консультация онколога, противорецидивная терапия, лечение половых партнеров при генитальном герпесе.

Тема №3. Грибковые болезни: отрубевидный лишай, трихофития, микроспория, Кандидоз. Паразитарные заболевания.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

1. Возбудители.

Распространенность, морфология, понятие о мицелии и псевдомицелии, размножение, жизнеспособность, паразитарная активность: антропофильные, зоофильные, зооантропофильные.

2. Эпидемиология.

Источник заражения (человек, животные, почва, активация грибов, являющихся постоянными обитателями человеческого тела). Пути заражения: прямой и непрямой). Сезонность.

3. Классификация.

Кератомикозы (разноцветный лишай), дерматофитии (эпидермофития, рубромикоз, трихофития, микроспория, фавус), псевдомикозы (эритразма), кандидоз (поверхностный кандидоз кожи, слизистых оболочек, ногтевых валиков и ногтей, хронический генерализованный грануломатозный кандидоз детей), глубокие или системные микозы (актиномикоз, споротрихоз, хромомикоз, аспергиллез и др.).

I. Разноцветный (отрубевидный) лишай

1. Этиология и патогенез.

Возбудитель. Предрасполагающие факторы. Контагиозность.

2. Клиника.

Первичный морфологический элемент - невоспалительное пятно (форма, цвет, размеры, периферический рост, шелушение, псевдолейкодерма), локализация.

3. Диагностика.

Симптом Бенье. Йодная проба Бальцера. Свечение под лампой Вуда. Бактериоскопическое исследование чешуек.

4. Лечение.

Наружная терапия: кератолитические (салициловый, резорциновый спирты, салициловая мазь, жидкость Андриасяна), антипаразитарные (см. лечение чесотки) и фунгицидные (йод, клотримазол, пимафуцин, ламизил, низорал и др.) средства.

II. Эпидермофития

1. Этиология и патогенез.

Возбудитель. Предрасполагающие факторы. Фоновые заболевания.

2. Эпидемиология.

Источники и пути заражения. Сезонность.

3. Классификация.

Крупных складок (паховая), стоп (интертригинозная, дисгидротическая, сквамозная, острая), онихомикоз.

4. Клиника.

Паховая (воспалительное пятно - эритема, ее цвет, форма, границы, периферический рост, локализация), интертригинозная (опрелость, мацерация эпидермиса, эрозии, трещины, локализация), дисгидротическая (везикулы и пузыри - размеры, характер покрышки, динамика процесса, локализация), сквамозная (шелушение, гиперпигментация, гиперкератоз, локализация). Онихомикоз: клиническая форма (поверхностный, дистальный, проксимальный), глубина поражения, степень гиперкератоза (слабый, умеренный, выраженный), индекс КИОТОС (клинический индекс оценки тяжести онихомикоза Сергеева).

5. *Диагностика.*

Бактериоскопический и бактериологический методы.

6. Лечение эпидермофитии.

Общая терапия (антигистаминные, гипосенсибилизирующие препараты, витамины). Наружная терапия (примочки, присыпки, настойка йода, анилиновые красители, фунгицидные мази и кремы - серная, микосептин, микозолон, микоспор, амиказол, клотримазол, лотримин, канестен, пимафуцин, пимафукорт, низорал, ламизил, ундецин, цинкундан, нитрофунгин, тридерм).

III. Рубромикоз (МОКТ - микоз, обусловленный красным трихофитоном)

1. Этиология и патогенез.

Возбудитель. Предрасполагающие факторы. Фоновые заболевания. Иммунодефицитные состояния. Провоцирующая роль медикаментов. Гематогенная диссеминация.

2. Эпидемиология.

Источники и пути заражения. Контагиозность. Сезонность.

3. Классификация.

Стоп, стоп и кистей, крупных складок и гладкой кожи, генерализованный, онихомикоз.

4. Клиника.

Рубромикоз стоп, стоп и кистей (гиперемия, инфильтрация, гиперкератоз, муковидное шелушение, усиление кожного рисунка), крупных складок и гладкой кожи (эритема, ее цвет, периферический рост, прерывистость краевого валика), генерализованный (клинические формы: эритематозно-сквамозная, фолликулярно-узловатая, эритродермическая, их характеристика), онихомикоз (см. эпидермофития).

5. *Диагностика.*

Бактериоскопические и бактериологические методы. Дифференциальный диагноз с эпидермофитией.

6. Лечение.

Сначала отслойка рогового слоя (кератолитические мази, лаки), затем фунгицидные средства (см. эпидермофития), при генерализованном рубромикозе - системные антимикотики (***орунгал***, ламизил, низорал, гризеофульвин - дозы, длительность курса).

7. *Онихомикоз.*

Клиническая форма (поверхностный, дистальный, латеральный, проксимальный, тотальный), глубина поражения, степень гиперкератоза (слабый, умеренный, выраженный), индекс КИОТОС (клинический индекс оценки тяжести онихомикоза Сергеева). Лечение: системные антимикотики (орунгал, ламизил, низорал, гризеофульвин), лаки (ламизил, батрафен, лоцерил), удаление ногтевых пластинок (хирургическим путем, кератолитическими пластырями), фунгицидные препараты (см. эпидермофития).

IV. Профилактика эпидермофитии и рубромикоза

Общественная (медосмотры, санитарно-гигиенические мероприятия в банях, душах, бассейнах, камерная обработка общественной обуви, диспансеризация больных, санпросветработа), индивидуальная (персональная обувь, дезинфекция обуви после лечения, протирание кожи стоп кислыми растворами, профилактика сухости и потливости кожи - фромилид).

V. Трихофития

1. Этиология.

Возбудители. Предрасполагающие факторы.

2. Эпидемиология.

Источники (антропофильная, зооантропофильная) и пути заражения. Контагиозность.

3. Классификация.

Поверхностная, хроническая (черноточечная) взрослых, инфильтративно-нагноительная. Топическая диагностика: волосистой части головы, гладкой кожи, ногтей, области бороды и усов (паразитарный сикоз).

4. Клиника.

Поверхностная и хроническая трихофития взрослых: возраст, поражение волосистой части головы (характеристика очагов: размеры, форма, количество, границы, уровень обламывания волос), гладкой кожи, ногтей. Инфильтративно-нагноительная: возраст, профессия, поражение волосистой части головы (фолликулярный инфильтрат → фолликулярный абсцесс или "медовые соты" → расплавление волосяной луковицы и выпадение волос → рубец или рубцовая атрофия), области бороды и усов и гладкой кожи.

5. Диагностика.

Бактериологический и бактериоскопический методы. Микроскопия: форма и расположение спор, их локализация по отношению к волосу (эндотрикс, эктотрикс).

VI. Микроспория

1. Этиология.

Возбудители. Предрасполагающие факторы.

2. Эпидемиология.

Источники и пути заражения. Контагиозность.

3. Классификация.

Антропофильная и зооантропофильная. Топическая диагностика: волосистой части головы, гладкой кожи, бровей и ресниц.

4. Клиника.

Возраст. Поражение волосистой части головы (количество, форма, размеры, границы очагов, их локализация, фигуры "ирисов", уровень обламывания волос), гладкой кожи.

5. Диагностика.

Люминесцентная диагностика (лампа Вуда). Бактериоскопический и бактериологический методы. Микроскопия: форма, порядок расположения спор, их локализация по отношению к волосу (эндо-, эктотрикс).

VII. Фавус

1. Этиология.

Возбудитель. Предрасполагающие факторы.

2. Эпидемиология.

Источник и пути заражения. Контагиозность.

3. Клиника.

Поражение волосистой части головы: скутулярная (пятно → скутула → периферический рост → крупные очаги → рубцовая атрофия), импетигинозная (фолликулярные пустулы → рубцовая атрофия), и сквамозная формы, поражение гладкой кожи, ногтей, внутренних органов. Особенность поражения волос (специфический запах, "колтун").

4. Диагностика.

Бактериологический и бактериоскопический методы. Микроскопия: форма и расположение спор, их локализация по отношению к волосу (эндотрикс), пузырьки газа внутри волоса.

VIII. Лечение трихомикозов

Общая терапия: гризеофульвин (индивидуальная доза с учетом формы заболевания, расчет суточной дозы, кратность приема препарата, длительность курса, показания, противопоказания, осложнения, лабораторный контроль за лечением), низорал, ламизил, орунгал (суточная доза, длительность курса, показания, противопоказания, осложнения). Наружная терапия (бритье, эпиляция волос, отслойки по Ариевичу), фунгицидные средства (настойка йода, мази).

IX. Профилактика трихомикозов

Критерий излеченности. Мероприятия в очаге. Роль санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб. Диспансерное наблюдение. Общественная и личная профилактика. Санитарно-просветительная работа.

X. Кандидоз

1. Этиология и патогенез.

Возбудители. Распространенность в природе. Роль экзогенных и эндогенных факторов в возникновении заболевания.

1. Классификация.

2. Клиника.

Поверхностный кандидоз кожи (крупных складок или интертригинозный, мелких складок, микотическая межпальцевая эрозия, баланопостит, кандидозный дерматит грудных детей и взрослых), слизистых оболочек (молочница, микотическая заеда, хейлит, вульвовагинит), ногтевых валиков, ногтей.

Зуд, характеристика очага поражения, дочерние отсевы, белый крошковатый налет. Хронический генерализованный грануломатозный кандидоз детей (динамика распространения высыпаний по коже, их характеристика, рубцовая атрофия, алопеция, пневмония, понос). Понятие о висцеральном кандидозе.

4. Диагностика.

Бактериологические и бактериоскопические методы.

5. ***Лечение.***

Общая терапия (антимикотики - дифлюкан, орунгал, нистатин, леворин, микогептин, пимафуцин, низорал; кандидовакцина; витамины; йодистые препараты). Наружная терапия: бура в глицерине, гидрокарбонат натрия, анилиновые красители, фунгицидные мази и кремы - нистатиновая, левориновая, декаминовая, травоген, травокорт, клотримазол, пимафуцин, пимафукорт, низорал и др.

6. ***Профилактика.***

Устранение внешних факторов и лечение сопутствующих заболеваний. Профотбор. Диспансеризация.

XI. Чесотка.

1. ***Этиология.***

Морфология возбудителя. Жизненный цикл. Суточный ритм активности. Сезонная, общая, суточная плодовитость. Переживание вне хозяина. Расселение по коже человека.

2. ***Эпидемиология.***

Причины роста заболеваемости. Пути заражения. Очаговость: определение очага, виды очагов (потенциальные и иррадиирующие). Псевдоиррадиация. Транзиторная инвазия. Характеристика контингента больных. Группы риска. Инвазионные стадии возбудителя.

3. ***Клиника типичной чесотки.***

Особенности инкубационного периода. Клинические проявления, соответствующие репродуктивному и метаморфическому периодам жизненного цикла. Классификация чесоточных ходов, их локализация. Характеристика и локализация папул и везикул. Симптомы чесотки: Арди, Горчакова, Михаэлиса.

4. ***Клинические разновидности чесотки.***

Чесотка без ходов, норвежская чесотка; осложненная чесотка (дерматитом, пиодермией, экземой), чесотка "чистоплотных", скабиозная лимфоплазия кожи (узелковая чесотка), псевдоеаркоптоз. "Пинг-понговая" инфекция.

5. ***Лабораторная диагностика чесотки.***

Извлечение клеща иглой, методы соскоба (с минеральным маслом, щелочью, 40% молочной кислотой), метод тонких срезов бритвой или глазными ножницами.

6. ***Лечение.***

Общие принципы терапии. Антипаразитарные препараты: серная мазь, водно-мыльная эмульсия и эмульсионная мазь бензилбензоата, гипосульфит натрия с соляной кислотой (метод профессора Демьяновича), медифокс. Концентрации препаратов, длительность курса, противопоказания,

осложнения. Постскабиозный зуд. Контроль излеченности. Зарубежные противочесоточные препараты: спрегаль, линдан, кротамитон, перметрин, бензилбензоат (новоскабиол, аскабиол, бензосептол), моносульфирам.

7. *Профилактика.*

Активное выявление больных. Регистрация и диспансеризация больных. Работа по ликвидации очагов. Текущая (медифокс, пара-плюс, А-пар) дезинфекция.

XII. Вшивость (педикулез, фтириаз)

1. Этиология.

Возбудители: головная, платяная и лобковые вши. Их морфология. Жизненный цикл: зародышевый и метаморфические периоды. Переживание вне хозяина. Плодовитость.

2. Эпидемиология.

Источники и пути заражения. Связь заболевания с войнами, стихийными бедствиями, социальными потрясениями. Платяные вши как переносчики инфекционных заболеваний (сыпной и возвратный тиф, волынская лихорадка). Очаговость заболевания: семьи и организованные коллективы.

3. Клиника.

Зуд. Кровянистые корочки, эрозии, линейные расчесы. Излюбленная локализация при каждой форме педикулеза. Гниды на волосистой части головы. "Кожа бродяг", "колтун". Внедрение вшей в волосяные фолликулы и синюшные пятна вокруг них при фтириазе. Осложнения: пиодермия, дерматит, экзема, неврастения.

4. Диагностика.

Микроскопия обнаруженных возбудителей и их гнид.

5. *Лечение.*

Антипаразитарные средства: 2-5% ртутная мазь, 10-20% эмульсия и мазь бензилбензоата, борная мазь, медифокс, ниттифор, педиллин, рид, спрей-паке, антибит, пара-плюс. Схемы лечения. Лечение осложнений.

6. Профилактика.

Общественная (плановые осмотры, выявление источников заражения, осмотр контактных лиц, дезинфекция одежды, головных уборов, постельных принадлежностей больных, обработка расчесок, инструментов в парикмахерских, в том числе с использованием медифокса, санпросветработа и т.д.) и индивидуальная (соблюдение личной гигиены). Регистрация больных. Дезинфекция (медифокс, пара-плюс) одежды, постельных принадлежностей, помещений.

Тема № 4. Дерматиты (стоматиты). Токсикодермия. Экзема

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

I. Дерматит

1. Определение.

Облигатные (безусловные) и факультативные (условные) раздражители. Классификация дерматитов: контактные (простой и аллергический) и токсико-аллергический (токсикодермия); острый и хронический.

2. Простой (артифициальный, искусственный) контактный дерматит.

Классификация раздражителей: физические, химические, биологические. Особенности клиники. Характеристика некоторых клинических форм: потертость, опрелость, потница, патомимия, ожог и отморожение, ознобление, солнечный дерматит, фитодерматит.

3. Аллергический контактный дерматит.

Классификация экзоаллергенов по А.Д. Адо. Виды сенсибилизации: моно-, поливалентная, групповая. Параллергия. Идиосинкразия. Виды аллергических реакций: немедленного и замедленного типа. Стадии аллергической реакции: иммунологическая, патохимическая, патофизиологическая. Особенности клиники. Дифференциальный диагноз с простым контактным дерматитом. Роль кожных проб (компрессные, скарификационные, внутрикожные) в диагностике. **IV. Буллезный эпидермолиз**

4.1.Этиопатогенез. Наследственное заболевание. Неполноценность или отсутствие эластических волокон.

4.2.Классификация. Простая и дистрофическая (гиперпластическая и полидиспластическая) формы.

4.3.Клиника. Простая форма: проявляется в первые дни жизни, зуд, жжение, сыпь мономорфная буллезная (возникает на неизмененной коже, на местах механической травмы, крупные размеры, серозно-геморрагический экссудат), локализация (разгибательные поверхности конечностей, суставы, поясница), разрешение к пубертатному периоду. Особенности клинических проявлений гиперпластической (атрофия, рубцовые изменения, милиумы на месте пузырей, дистрофия придатков кожи - утолщение ногтей, дистрофия волос; гипергидроз, гиперкератоз ладоней и подошв, ложноположительный симптом Никольского, поражение слизистых, сочетание с ихтиозом и гипертрихозом) и полидиспластической (тяжелое течение, кровоточащие эрозии, язвы, рубцы, контрактуры, деформация век, рта, носоглотки, ограничение подвижности языка, поражение всех слизистых оболочек, положительный симтом Никольского, деформация костей, зубов, волос, ногтей, летальный исход) форм.

4.4.Лечение. Стероидные гормоны (средние дозы). Витаминотерапия (А, Е, Д, С, В15). Общеукрепляющие средства (препараты кальция, железа, печени, метилурацил, гаммаглобулин). Наружная терапия: анилиновые красители, аэрозоли и мази со стероидами, дезинфицирующие ванны, пасты, мази.

II.Токсикодермия.

1.Определение, пути поступления раздражителя в организм (параэнтерально, ингаляторно, через ЖКТ). Особенности клиники. Характеристика некоторых клинических форм: фиксированная (сульфаниламидная) эритема, йододерма, бромодерма, эксфолиативный дерматит, синдром Лайелла (токсикоаллергический буллезный эпидермолиз).

2. ***Лечение.***

Устранение раздражителя или аллергена. Общая терапия (антигистаминные, десенсибилизирующие препараты, витамины, в тяжелых случаях - кортикостероиды). Наружная терапия (примочки, водно-взбалтываемые смеси, пасты, мази с кортикостероидами). Особенности лечения токсикодермии: диета, слабительные средства, диуретики, дезинтоксикационная терапия.

3. Профилактика.

Избегать контакта с бытовыми и производственными аллергенами. Улучшение экологии. Выявление преморбидных состояний. Диспансерное наблюдение. Профотбор. Трудоустройство.

III. Экзема

1. Этиология и патогенез.

Роль внешних факторов и реактивности организма в развитии экзематозного процесса. Гистопатология.

2. Классификация.

Истинная, микробная, себорейная, детская, профессиональная. Острая, подострая, хроническая.

3. Клиника.

Зуд, поливалентная сенсибилизация, полиморфизм высыпаний, стадии экзематозного процесса: эритематозная, папулезная, везикулезная, мокнутие, корковая, сквамозная. Особенности клинических проявлений каждой формы экземы (возраст, локализация, морфологические элементы, течение, прогноз). Дифференциальный диагноз между истинной и микробной экземами.

4.Лечение.

Устранение аллергена. Диета. Охранительный режим. Лечение сопутствующих заболеваний. Общая терапия (антигистаминные, десенсибилизирующие, седативные средства, стимуляторы иммунитета, витаминотерапия, пиротерапия, в тяжелых случаях - кортикостероидные гормоны. Наружная терапия с учетом стадии процесса (примочки, присыпки, аэрозоли, водно-взбалтываемые смеси, пасты, мази). Физиотерапевтические методы (электросон, УФО, электро- и фонофорез, индуктотермия области надпочечников). Особенности лечения микробной экземы (антибиотики, сульфаниламиды, нитрофурановые препараты, специфическая иммунотерапия) и себорейной экземы (ферменты, адсорбенты, сера, витамины).

5. Профилактика.

При диспансерном наблюдении пациенты с экземой подлежат осмотру дерматолога 2 раза в год; терапевта, аллерголога, эндокринолога, невропатолога - 1-2 раза в год. При этом 2 раза в год необходимо исследовать кал на яйца глист, общий анализ крови и мочи, а также кровь на сахар и холестерин по показаниям.

В комплекс лечебно-оздоровительных мероприятий на период диспансеризации должны входить: витаминотерапия (PP, B_6, B_{15} и др.), десенсибилизирующая, антигистаминная, седативная терапия, адекватный режим труда и отдыха, закаливающие процедуры, занятия физкультурой.

Тема № 5. Туберкулез кожи и слизистых оболочек. Лепра. Лейшманиоз.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

1. Туберкулез кожи. Этиология. Возбудитель. Пути передачи. Патогенез. Влияние общей и специфической реактивности на возникновение клинических вариантов кожного туберкулёза. Современная классификация. Гистопатология

Диагностика. Лечение. Профилактика. Принципы лечения. Диспансеризация. Профилактика.

Возбудитель туберкулёза – микобактерия туберкулеза, в основном человеческого типа (Mycobacteriumtuberculosishumanus), значительно режебычьего (Mycobacteriumtuberculosisbovinus) и исключительно редко птичьего типа (Mycobacteriumtuberculosisavium). К туберкулёзным заболеваниям кожи относят локализованные формы - туберкулёзная волчанка (люпоидный туберкулёз), колликвативный туберкулёз (скрофулодерма), бородавчатый туберкулёз кожи, язвенный туберкулёз кожи и слизистых оболочек; и диссеминированные формы - папулонекротический туберкулёз, лишай золотушных, индуративный туберкулёз кожи (эритема уплотнённая Базена), милиарный диссеминированный туберкулёз кожи лица.

Организация борьбы с туберкулёзом кожи предусматривает его более раннее выявление при периодических медицинских осмотрах населения, а у пациентов с активным туберкулёзом лёгких и внелегочных форм выявить все очаги в организме из которых микобактерии лимфогематогенным путём могут переноситься в кожу. Именно ранняя диагностика и лечение туберкулёза являются эффективной профилактикой туберкулёза кожи. Осуществляется она путём проведения профилактических осмотров лиц с активным легочным и внелегочным туберкулёзом, а также находящихся в контакте с больными бациллярной формой туберкулёза. В последнее время значительно участились случаи васкулитов аллергического генеза, что затрудняет клиническую диагностику диссеминированных форм туберкулёза кожи и требует дополнительных рентгенологических, гистологических и биохимических методов исследования для проведения их дифференциальной диагностики. Лабораторному обследованию на наличие возбудителя туберкулёза подлежат больные хроническими дерматозами, длительное лечение которых эффекта не дало (глубокие микозы, сифилис, лейшманиоз, атипичный вариант красной волчанки, саркоидоз, вариолиформный парапсориаз, новообразования кожи, торпидные лимфадениты).

В специализированные стационары принимаются больные с активными формами туберкулёза кожи, впервые диагностированными; а также пациенты, у которых развитие туберкулёзного процесса кожи может привести к косметическому дефекту или нарушению функции важного органа. Учитывая незначительную контагиозность больных туберкулёзом кожи, в целях предупреждения суперинфицирования, – пребывание их в стационаре вместе с больными открытой формой туберкулёза лёгких недопустимо. Им следует госпитализировать во внелегочных стационарах и санаториях.

Больные туберкулёзом кожи находятся на диспансерном наблюдении в противотуберкулёзных учреждениях, где им проводят периодические осмотры (один раз в квартал) и противорецидивное лечение.

Показаниями для снятия с учета этих больных является:

- полное рассасывание туберкулезных очагов кожи или формирование на их месте окрашенного рубца;

- подтверждение заживления или рубцевания этих очагов гистологическим исследованием биопсированной ткани;

- нормализация легочного или внелегочного туберкулёзного процесса, устанавливаемая клинико-лабораторно-рентгенологическим обследованием;

- в анамнезе проведение полноценной терапии туберкулёза кожи и заключение о клиническом излечении;

- отсутствие, за период диспансерного наблюдения (5 лет), рецидивов туберкулёзного процесса кожи.

2. Лепра. Исторические сведения. Распространение. Возбудитель.

Этиология. Патогенез. Эпидемиология. Классификация Принципы лечения. Диспансеризация. Профилактика.

Это инфекционное заболевание с поражением кожи, слизистых оболочек и внутренних органов, характеризующееся длительным инкубационным периодом, торпидным, затяжным течением с периодическими обострениями. Возбудитель – микобактерия лепры (Mycobacterium leprae Hanseni).

Так как у лепры неопределенно долгий инкубационный период, карантин невозможен, быстродействующих лекарственных средств также нет.

Индивидуальной профилактикой лепры является личная гигиена. Медицинские работники должны использовать медицинские перчатки при биопсии кожи и хирургическом вмешательстве, а также маску, обследуя верхние дыхательные пути больного.

Древний способ профилактики – это изоляция больных. В России таких пациентов содержат в лепрозории, где проводится их стационарное лечение, реабилитация и наблюдение за группами повышенного риска.

Профилактикой служит и вакцина БЦЖ с добавлением к ней возбудителя, выделенного от зараженного лепрой броненосца.

Достаточно эффективно превентивное лечение лиц, имевших тесный бытовой контакт с больными лепрой (6 – 12 месяцев), которое осуществляют по инструкции в противолепрозных учреждениях.

Надо помнить, что больной лепрой является единственным источником заболевания. Поэтому важно раннее выявление инфицированных лиц путем ежеквартальных медосмотров всех членов семьи больного. Продолжительность наблюдения за ними не менее 3 – 10 лет.

В последнее время новорожденных не разлучают с матерью, больной лепрой, если она аккуратно лечится. В ее молоке при этом содержится лекарственный препарат, и ребенок, таким образом, получает превентивное лечение. Больных лепрой и членов их семьи следует информировать о необходимости аккуратного лечения и возможных последствиях несоблюдения назначений. Но в то же время нельзя допустить развития лепрофобий.

3.Лейшманиоз. Возбудитель. Эпидемиология. Клинические формы. Лабораторная диагностика. Лечение. Профилактика.

Возбудитель лейшмания тропика (Leischmaniatropica). Заболевание эндемично для регионов, где в течение 50 дней сохраняется температура не ниже 20 градусов по Цельсию.

В профилактике лейшманиоза надо учитывать наличие эпидемиологической цепи. Она состоит из трех звеньев: источник (резервуар инфекции), переносчик и объект заражения. На них и следует воздействовать. Резервуаром сельского лейшманиоза являются грызуны. Профилактические мероприятия необходимо направить на их уничтожение.

Резервуар антропонозного лейшманиоза - человек. В этом случае в целях профилактики необходимо выявление больных людей и их своевременное лечение. Борьба с переносчиком инфекции (москиты) сводится к опрыскиванию органического мусора хлоркой и использование москитных сеток либо защита от укусов москитов репеллентами. Защита на длительный срок объекта заражения (человека) проводится вакцинацией в область плеча и бедра. Лицам же, временно находящимся в эпидемиологическом очаге, назначается хлоридин по 0,02 – 0,025 один раз в неделю за три дня до въезда и до конца пребывания в очаге.

Тема №6. Псориаз, красный плоский лишай

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

I. Псориаз

1. Этиопатогенез.

Наследственная, неврогенная, инфекционно-аллергическая, эндокринная, обменная и др. теории.

2. Классификация.

Распространенный и локализованный процесс; прогрессивная, стационарная и регрессивная стадии; осенне-зимняя, весенне-летняя и смешанные формы; вульгарный псориаз и редкие виды псориаза (артропатический, экссудативный, себорейный, застарелый, пустулезный, интертригинозный, эритродермия).

3. Клиническая картина вульгарной формы псориаза.

Характеристика папул (цвет, форма, размеры, наличие серебристо-белых чешуек), их локализация, псориатическая триада, изоморфная реакция Кебнера, поражение ногтей (симптом "наперстка", "масляного пятна", атрофический и гипертрофический типы). Проявление различных форм псориаза у детей.

4. Лечение (с учетом стадии и формы заболевания).

Общая терапия (антигистаминные, седативные, десенсибилизирующие средства, витаминотерапия, ароматические ретиноиды, неспецифические стимуляторы иммунитета, пиротерапия, иммуномодуляторы, цитостатики, салицилаты). Наружная терапия (3-5% салициловая, 2-10% серная, 10% нафталановая, 5% дегтярная мази, псоркутан, дайвонекс, псоракс, псориатен, мазь Рыбакова, радевит, видестим, крем Унны, серия Скин-Кап, мази и кремы с кортикостероидами - адвантан, элоком, флуцинар, фторо-корт, лоринден А, локакортен, целестодерм, белосалик; лечебные шампуни (серия Фридерм), лосьоны - дипросалик, локоид. Физиотерапевтические методы (УФО, СФТ, ПУВА-терапия), санаторно-курортное лечение.

5. ***Профилактика.***

Диета с ограничением острой, соленой, пряной пищи, алкоголя. Диспансерное наблюдение и противорецидивное лечение с учетом сезонности процесса. Перевод на работу, не связанную с воздействием на кожу вредных химических соединений.

II. Красный плоский лишай

1. Этиология.

Неврогенная, инфекционно-аллергическая, токсическая, вирусная, обменная и др. теории.

2. Классификация.

Типичная и атипичные (бородавчатая, кольцевидная, атрофическая, пигментная, зостериформная, пемфигоидная, перифолликулярная, монилиформная) формы.

3. Клиническая картина типичной формы.

Зуд, характеристика папул (цвет, форма, размеры, блеск, сетка Уикхема, пупкообразное вдавление), их локализация, изоморфная реакция Кебнера, поражение слизистых оболочек и ногтей.

4. Лечение (с учетом формы заболевания).

Общая терапия (антибиотики, антигистаминные, десенсибилизирующие, противозудные, седативные препараты, транквилизаторы, антидепрессанты, витаминотерапия, антималярийные, рассасывающие средства, пресоцил, неспецифические стимуляторы иммунитета, стероиды). Физиотерапевтические методы (электрофорез с противовоспалительными, седативными и противо-зудными препаратами, электросон, гипнотерапия, индуктотермия на область надпочечников, диадинамические токи, ПУВА-терапия, диатермокоагуляция). Наружная терапия (стероидные мази под окклюзионную повязку, рассасывающие средства - деготь, нафталан, ихтиол, обкалывание очагов поражения антималярийными, стероидными препаратами, аппликация жидкого азота, углекислоты), санаторно-курортное лечение.

5. ***Профилактика.***

Предохранение больных от психических, механических травм. Санация очагов хронической инфекции. Диспансерное наблюдение. Перевод на работу, не связанную с контактом с химическими веществами.

Тема №7 Пузырчатка. Пемфигоид. Дерматит Дюринга. Рубцующийся пемфигоид.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

Пузырные дерматозы. Пузырчатка. Патогенез, аутоиммунные механизмы развития. Патоморфология. Клиника, течение, классификация. Симптом Никольского, взятие мазков-отпечатков и распознавание в них клеток Тцанка. Дифференциальная диагностика пузырчатки. Принципы и тактика лечения, санация полости рта. Герпетиформный дерматит Дюринга. Этиология, патогенез, клиника. Особенности клинического течения заболевания у детей. Диагностика. Проба Ядассона. Лечение герпетиформного дерматита Дюринга у детей. Диспансерное наблюдение.

I. Пузырчатка.

Этиопатогенез. Теории: вирусная, неврогенная, обменная, эндокринная, ферментная. Понятие об аутоиммунных механизмах патогенеза.

Классификация. Истинная (вульгарная), вегетирующая, себорейная (синдром Сенира-Ашера), листовидная.

Клиника. Истинная пузырчатка: острое начало, поражения кожи и слизистых, мономорфизм высыпаний, интраэпидермальные пузыри, их динамика, периферический рост эрозий, хроническое течение. Особенности течения вегетирующей пузырчатки (редкая встречаемость, тяжелое состояние, локализация в области складок и на слизистых, вегетации на дне эрозии, неприятный запах); листовидной (универсальный кератолизис, тяжелое течение с летальным исходом, слоистые корки, сходство с эксфолиативной эритродермией); себорейной (локализация на себорейных участках кожного покрова, эритема с корковыми наслоениями, сходство с дискоидной красной волчанкой).

Диагностика. Симптомы Никольского (3 варианта), Асбо-Ганзена, груши. Обнаружение акантолитических клеток Тцанка в мазках-отпечатках. Иммунофлюоресцентная диагностика. Гистологический метод.

Дифференциальный диагноз. С буллезным пемфигоидом, многоформной экссудативной эритемой, герпетическим стоматитом, эрозивно-язвенным красным плоским лишаем.

Лечение. Кортикостероиды (понятие об ударной, поддерживающей дозе, тактика снижения). Осложнения стероидной терапии, клинико-лабораторный контроль переносимости лечения, синдром «отменны». Цитостатики (метотрексат). Местное лечение (ванны, полоскания, прижигающие и дезинфицирующие средства).

Профилактика. Диспансерное наблюдение. Поддерживающие дозы кортикостероидов. Санация полости рта.

II. Герпетиформный дерматит Дюринга:

1. Теории этиопатогенеза.

Токсико-аллергическая, нейро-эндокринная, связь заболевания с опухолевидными процессами.

2. Клиника.

Мучительный зуд. Полиморфизм (эритема, волдыри, папулы, пузыри, пузырьки, пустулы), герпетиформность (сгруппированность) и симметричность высыпаний. Характеристика везикул и пузырей (субэпидермальные, не сливаются, сгруппированы). Излюбленная локализация (разгибательные поверхности конечностей, лопатки, поясница). Клинические варианты: крупнопузырная, мелкопузырная, абортивная, локализованная.

3. Диагностика.

Проба Ядассона (с мазью, содержащей 50% йодистого калия). Обострение заболевания от приема внутрь 3% йодистого калия. Обнаружение эозинофилов в содержимом пузырей и периферической крови. Иммунофлюоресцентный, гистологический методы. Метод пробной терапии.

4. Лечение.

Препараты сульфонового ряда (ДДС, авлосульфон, диуцифон, дапсон). Препараты железа, ЛГТ, гемотрансфузии, переливание плазмы. Показания к назначению стероидов. Наружная терапия: анилиновые красители, стероидные мази с антибактериальными препаратами.

5. Профилактика.

Обследование у онколога. Диспансерное наблюдение.

III. *Рубцующийся пемфигоид* (доброкачественный пемфигоид

слизистых оболочек, или пузырчатка глаз)характеризуется поражением преимущественно слизис тых оболочек, склонностью к рубцеванию. Чащеболеют женщины, в основном старше 50 лет. Перв ые высыпания появляются на слизистой оболочке полостирта, носа, реже глаз, половых органов. Ч ерез несколько дней, месяцев и даже лет в процесс можетвовлекаться слизистая оболочка глотки, гортани, пищевода, заднего прохода, мочевыводящих путей, а такжекожа (примерно у $^1/_3$ больны х). Высыпания на коже, как правило, локализованны и немногочисленны.Величина пузырей колеб лется от 2 до 30 *мм* в диаметре. В большинстве случаев они окружены зонойгиперемии, иногда ра сполагаются группами; часто рецидивируют на одном и том же месте, что приводит крубцовой атр офии, которая не отмечается при пузырчатке. Содержимое пузырей серозное или серозно-геморрагическое, на поверхности эрозий нередко имеется фибринозный налет. Симптом Ник ольского (в отличие от пузырчатки) отрицательный; акантолитические клетки в мазках-отпечатках с эрозий отсутствуют.

При поражении глаз процесс начинается с катарального конъюнктивита, в дальнейшем, иногда че резнесколько лет, развивается рубцевание субконъюнктивальных тканей, что приводит к сращени

ю стенокконъюнктивального мешка (симблефарон), укорочению сводов, сужению глазной щели, помутнениюроговицы и в конечном счете к потере зрения.

Поражение слизистых оболочек может привести к образованию спаек в глотке, между слизистой о болочкойщек и альвеолярных отростков, в углах рта, к разрушению язычка и миндалин. Иногда ра звиваетсяхронический атрофирующий ринит, происходит сращение носовых раковин с перегород кой носа,формируются стриктуры гортани, пищевода, уретры, заднего прохода, возможны фимоз, атрофия вульвы ивлагалища, спайки между малыми половыми губами. При поражении гортани во время кашля отделяютсятолстые серовато-
белые или кровянистые пленки (обрывки покрышек пузырей). Течение заболеваниядлительное, о бычно до конца жизни; иногда через несколько лет процесс теряет активность.

Лечение осуществляют дерматолог, стоматолог или офтальмолог (в зависимости от локали зации процесса).Назначают глюкокортикоиды в небольших дозах, хингамин. Местно рекомендуют ся эпителизирующие мази.Прогноз для жизни благоприятный. Профилактика не разработана.

IV. *Буллезный пемфигоид -*
хронический рецидивирующий дерматоз неизвестной этиологии. В патогенезеимеют значение аутоимму нные процессы, повреждающие базальную мембрану эпидермиса и приводящие кформированию субэп ителиальных полостей.
Пемфигоид чаще встречается у лиц пожилого возраста. Заболевание начинается с появления на внешне неизмененной коже или на фоне легкой эритемы крупных диаметром 0,5—
3 *см* и более напряженных пузырейс серозным или серозно-
геморрагическим содержимым. Примерно в 30% случаев поражается слизистаяоболочка поло сти рта. При вскрытии пузырей образуются быстро эпителизирующиеся эрозии, для которых в отличие от эрозий при пузырчатке не характерны периферический рост, положительный симп том Никольского и наличие акантолитических клеток в мазках-
отпечатках, полученных с эрозий. По мерепрогрессирования болезни количество пузырей ув еличивается, преимущественно в области сгибов и складок кожи.

Лечение. Применяют кортикостероидные гормоны в дозе 40-80 мг преднизолона в сутки,цитостатические (метотрексат, азатиоприн) и другиесредства (например, хингамин), обла дающие иммунодепрессивным действием. Местно рекомендуютсятеплые ванны с пермангана том калия, антибактериальные мази или водные растворы анилиновыхкрасителей. При пораж ении слизистой оболочки полости рта показаны обмывания и полоскания отваромромашки по полам с 2% раствором борной кислоты, растворами буры, фурацилина и другими вяжущими и дезинфицирующими средствами.

Тема №8 Красная волчанка, склеродермия и многоформная экссудативная эритема

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

I. Красная волчанка (эритематоз)

1. Этиология и патогенез.

Туберкулезная, стрептококковая, вирусная, аллергическая с выраженным аутоиммунным компонентом теории. Роль внешних факторов в развитии кожных проявлений - инсоляция, охлаждение, механическая травма, медикаменты. Схема развития аутоагрессии. Стадии

дезорганизации соединительной ткани: мукоидное, фибриноидное набухание, фибриноидный некроз.

2. Классификация.

Хроническая (дискоидная, диссеминированная, поверхностная -центробежная эритема Биетта, глубокая - Капоши-Ирганга), подострая, острая (системная).

3. Клиника.

Дискоидная красная волчанка: эритема в виде "бабочки", зоны очага поражения (эритема, фолликулярный гиперкератоз, рубцовая атрофия), дополнтельные признаки (телеангиэктазии, инфильтрация, пигментация), симптомы (Бенье - Мещерского, дамского каблучка), поражение слизистых оболочек, атипичные формы (гиперкератотическая, веррукозная, себорейная, опухолевидная, пигментная, телеангиэктатическая, мутилирующая). Особенности течения диссеминированной, поверхностной и глубокой форм заболевания. Понятие о системности.

4. Диагностика.

LE - клетки, гистология, реакция прямой иммунофлюоресценции, ревматесты, белок и белковые фракции сыворотки крови, общий анализ крови, иммуноглобулины сыворотки крови.

5. ***Лечение.***

Общая терапия (антималярийные препараты, анаболические и стероидные гормоны, витамины, стимуляторы иммунитета, цитостатики). Наружная терапия (кортикостероидные мази).

6. Профилактика.

Избегать инсоляции, переохлаждения, механических травм, осторожность при назначении лекарств. Фотозащитные пудры и мази. Диспансеризация. Профотбор. Трудоустройство.

II. Склеродермия

1. Этиология и патогенез.

Инфекционная, вирусная, нейроэндокринная, аутоиммунная теории. Роль внешних факторов в развитии заболевания: физические, психические травмы, охлаждение, ожоги, лекарственные препараты, вакцины, сыворотки.

2. Классификация.

Ограниченная (бляшечная, линейная, болезнь белых пятен, идиопатическая атрофодермия). Диффузная (системная).

3. Клиника.

Бляшечная склеродермия: первичный морфологический элемент, стадии процесса (отек, уплотнение, атрофия), локализация. Особенности течения других форм: линейная (болеют чаще дети, форма очага - "удар саблей", локализация), болезнь «белых пятен» (болеют чаще женщины, белые пятна размером до 0,5 см с атрофией, локализация), идиопатическая атрофодермия (болеют чаще молодые женщины, синеватые или коричневые пятна с просвечивающимися венами, локализация),

системная (продромальные симптомы, акросклероз, склеродактилия, поражение мышц, висцеральные поражения, кальциноз подкожно-жировой клетчатки).

4. Лечение.

Общая терапия (антибиотики, ферментные, сосудорасширяющие препараты, витамины, ароматические ретиноиды, кортикостероидные гормоны). Физиотерапевтические методы (электро- и фонофорез; аппликации парафина, озокерита, лечебных грязей; ультразвук; массаж; гимнастика; гипербарическая оксигенация). Наружная терапия (димексид, солкосериловая, индометациновая, бутадионовая, троксевазиновая мази). Санаторно-курортное лечение.

5. Профилактика.

Санация очагов хронической инфекции. Устранение внешних раздражителей. Повторные курсы антибиотикотерапии и ферментных препаратов. Диспансеризация.

III. Многоформная экссудативная эритема

1. Этиология и патогенез.

Инфекционно-аллергическая (идиопатическая) и токсико-аллергическая (симптоматическая) формы. Роль фокальной и герпетической инфекции, висцеральной патологии, охлаждения, повышенной чувствительности организма к различным медикаментам, вакцинам, сывороткам, пищевым продуктам. Сезонность.

2. Клиника.

Острое начало. Симптомы интоксикации. Полиморфизм высыпаний: пятна (двухконтурность: синюшный центр и ярко-красная периферия, небольшое возвышение над кожей, периферический рост; форма - округлая, полициклическая, кольцевидная, в виде "ирисов"), папулы, пузырьки, пузыри (напряженные, крупные, с серозно-геморрагическим содержимым). Поражение слизистой полости рта и половых органов, красной каймы губ. Синдром Стивенса - Джонсона. Синдром Лайелла.

3. Дифференциальный диагноз

С пузырчаткой, герпетиформным дерматитом Дюринга, афтозным стоматитом, вторичным сифилисом, буллезной токсикодермией.

4. Лечение.

Антибиотики. Антигистаминные, десенсибилизирующие, общеукрепляющие препараты. Витамины. Стероидные гормоны в тяжелых случаях. Инфузионная терапия. Наружная терапия: анилиновые красители, стероидные мази, мази с антибиотиками.

Тема №9 Хейлиты: эксфолиативный, гландулярный, метеорологический, актинический, синдром Милькерсона - Розенталя. Хроническая трещина губы.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

Хейлит (cheilitis) - доброкачественное воспалительное заболевание губ. Различают две группы хейлитов: собственно хейлиты и симптоматические хейлиты.

Группа собственно хейлитов объединяет самостоятельные заболевания губ различной этиологии. К ним относятся эксфолиативный хейлит, гландулярный хейлит, метеорологический и актинический контактный хейлиты. Во вторую группу - симптоматических хейлитов - входят поражения губ, являющиеся симптомом заболеваний слизистой оболочки рта, кожи, общесоматических заболеваний. Группа симптоматических хейлитов включает атопический хейлит, экзематозный хейлит, макрохейлит при синдроме Мелькерсона-Розенталя.

Эксфолиативный хейлит (cheilitis exfoliativa) - хроническое заболевание, при котором поражается только красная кайма губ.Эксфолиативный хейлит чаще встречается у женщин в возрасте от 20 до 40 лет. У больных эксфолиативным хейлитом выявлены различные варианты психоэмоциональных нарушений, при экссудативной форме превалируют тревожные реакции, при сухой - депрессивные. Для больных с экссудативной формой эксфолиативного хейлита характерна вегетативная дисфункция, при сухой форме заболевания нарушений со стороны вегетативной нервной системы обычно не отмечается.

Обнаружена связь заболеваний щитовидной железы с эксфолиативным хейлитом. Отмечается роль наследственной предрасположенности к эксфолиативному хейлиту. Получены данные о возможной роли иммунологических факторов в патогенезе заболевания.

Существуют две клинические формы эксфолиативного хейлита - сухая и экссудативная. Эксфолиативный хейлит имеет весьма характерную локализацию. Патологические изменения локализуются на красной кайме обеих губ или одной из них, причем поражается только часть красной каймы губ от линии Клейна до ее середины. Зона поражения имеет вид ленты протяженностью от одного угла рта до другого. Часть красной каймы губ, прилежащая к коже, а также углы рта остаются непораженными. Процесс никогда не переходит на кожу и слизистую оболочку рта.

Течение заболевания длительное, без склонности к ремиссии или самоизлечению. Сухая форма эксфолиативного хейлита может трансформироваться в экссудативную.

Патогистологически отмечают акантоз, пара и гиперкератоз. Характерно наличие большого количества светлых клеток в шиповатом слое эпителия, это клетки со сниженной метаболической активностью. Наблюдаются разрыхление эпителиального слоя и образование в нем обширных щелей вследствие внутриклеточного лизиса, что способствует увеличению экссудации.

Дифференциальная диагностика:

При метеорологическом хейлите поражается вся поверхность красной каймы губ с более выраженными явлениями воспаления. Кроме того, при метеорологическом хейлите выявляется прямая зависимость его течения от действия различных метеорологических факторов.

При атопическом хейлите поражаются часть красной каймы, прилежащей к коже, углы рта. Зона красной каймы губ, примыкающая к слизистой оболочке, не поражается в отличие от эксфолиативного хейлита. Для атопического хейлита характерны лихенизация

и гиперемия, смена периодов обострений ремиссиями, часто имеющими сезонный характер.

Для контактного аллергического хейлита в отличие от сухой формы эксфолиативного хейлита характерны наличие эритемы в области контакта с аллергеном, а также быстрая ликвидация воспалительных явлений после устранения аллергена.

В отличие от красной волчанки красной каймы губ сухая форма эксфолиативного хейлита протекает без выраженной атрофии. Область поражения красной каймы губ при красной волчанке имеет резкие границы с участками гиперкератоза по периферии, чешуйки значительно меньше по величине и плотно фиксированы.

Диагностика Эксфолиативного хейлита

Сухую форму эксфолиативного хейлита следует дифференцировать от:

- метеорологического хейлита,
- атопического хейлита,
- контактного аллергического хейлита.

Экссудативную форму эксфолиативного хейлита нужно дифференцировать от:

- экссудативной формы актинического хейлита;
- экзематозного хейлита;
- эрозивноязвенной формы красной волчанки.

При экссудативной форме актинического хейлита прослеживается связь с временем года; поражение захватывает всю поверхность красной каймы, отмечаются ее отечность и наличие эрозий.

При экзематозном хейлите выражен полиморфизм высыпаний (эрозии, корки, пузырьки, трещины) с частой сменой элементов поражения, периодов обострений и ремиссии. Локализация поражения при экзематозном хейлите захватывает всю поверхность красной каймы губ с переходом на кожу лица.

Эрозивноязвенная форма красной волчанки в отличие от экссудативной формы эксфолиативного хейлита протекает со значительно выраженной эритемой, гиперкератозом, образованием эрозий и язв, рубцовой атрофией.

Терапия должна быть комплексной и быть различной при сухой и экссудативной формах эксфолиативного хейлита.

Важное значение в лечении придают средствам воздействия на психоэмоциональную сферу. С этой целью больным назначают транквилизаторы: феназепам по 0,0005 г 3 раза в день, сибазон (седуксен, реланиум) по 0,005 г 3 раза в день или нейролептики: тиоридазин (меллерил, сонапакс) по 0,01 г 3 раза в день. Учитывая преобладание депрессивных реакций у больных с сухой формой эксфолиативного хейлита, им следует назначить антидепрессанты (амитриптилин, мелипрамин по 0,025 г 2 раза в день) и транквилизаторы: триоксазин по 0,3 г 3 раза в день, хлозепид (элениум) по 0,01 г 3 раза в день. Местно больным с сухой формой для смазывания губ рекомендуются индифферентные кремы "Восторг", "Спермацетовый", гигиеническая губная помада.

Гландулярный хейлит (cheilitis glandularis) - заболевание губы, преимущественно нижней, развивается вследствие гиперплазии, гиперфункции, а иногда гетеротопии мелких слюнных желез в области красной каймы губ и переходной зоне (зона Клейна).

Выделяют первичный и вторичный гландулярный хейлит. Развитие первичного гландулярного хейлита связано с врожденной аномалией слюнных желез. Вторичный гландулярный хейлит возникает, как правило, на фоне различных заболеваний с локализацией на губах (красный плоский лишай, красная волчанка, лейкоплакия и др.).

В этиологии первичного гландулярного хейлита ведущую роль отводят наследственным аномалиям нижней губы с гиперплазией, гетеротопией и избыточной секрецией мелких слюнных желез, которые под влиянием неблагоприятных раздражающих факторов (зубной камень, разрушенные зубы, острые края зубов, заболевания пародонта и др.) начинают интенсивно продуцировать слюну.

Вторичный гландулярный хейлит является следствием хронических воспалительных процессов на красной кайме губы. В результате воспалительный инфильтрат при лейкоплакии, красной волчанке и других заболеваниях с локализацией на губах вызывает раздражение, гиперплазию и гиперфункцию железистой ткани. Отмечают увеличение секреции, мацерация губы и инфицирование. Однако эти явления возникают лишь у некоторых людей.

Гландулярный хейлит развивается преимущественно у лиц в возрасте старше 50 лет. У мужчин первичный гландулярный хейлит обнаруживают в 2 раза чаще, чем у женщин. Нижняя губа поражается в 2 раза чаще, чем верхняя.

Гландулярный хейлит имеет типичную клиническую картину. В области перехода слизистой оболочки в красную кайму губы, а иногда на красной кайме видны расширенные устья слюнных желез в виде красных точек, из которых выделяются капли слюны - симптом "капель росы". Иногда вокруг устьев слюнных желез развивается лейкоплакия в виде колец, а в некоторых случаях красная кайма губы ороговевает на большом протяжении.

Вследствие частого увлажнения губы слюной и испарения последней возникает сухость красной каймы губ, появляются мацерации, трещины и эрозии. В некоторых случаях вокруг расширенных устьев слюнных желез обнаруживают гиперкератоз в виде тонких колец (форма Пуэнте-Асеведо). При длительном течении гландулярного хейлита вследствие постоянного раздражения губы с появлением трещин, очагов гиперкератоза возможно неблагоприятное его течение с развитием предраковых поражений.

В результате проникновения в расширенные протоки слюнных желез пиогенной инфекции гландулярный хейлит может перейти в гнойную форму. Она характеризуется болезненностью, отечностью губы, которая покрыта толстыми корками желтозеленого или бурочерного цвета. Из расширенных протоков слюнных желез выделяется гнойное содержимое, вокруг протоков локализуются трещины, эрозии. Иногда устья выводных протоков желез могут быть закупорены гнойным экссудатом, что приводит к множественному или одиночному абсцедированию.

Для лечения первичного гландулярного хейлита используют противовоспалительные мази (преднизолоновая, гидрокортизоновая, нафталанная и др.). Применяют электрокоагуляцию или иссечение гипертрофированных слюнных желез.

Терапия вторичного гландулярного хейлита предусматривает в первую очередь лечение основного заболевания, его вызвавшего, местно проводят противовоспалительную терапию.

При гландулярном хейлите прогноз благоприятный, однако в случае отсутствия своевременного и эффективного лечения на его фоне возможно развитие предраковых заболеваний.

Актинический и метеорологический хейлиты (cheilitis actinica, cheilitis meteorologica) представляют собой воспалительные заболевания губ, причиной которых служат разнообразные метеорологические факторы (солнечная радиация, повышенная или пониженная влажность, ветер, запыленность воздуха, холод).

В отличие от метеорологического хейлита при актиническом хейлите ведущим является наличие повышенной чувствительности красной каймы губ к ультрафиолетовым лучам.

Актинический хейлит. Заболевания чаще встречаются у мужчин в возрасте от 20 до 60 лет.

Основная причина возникновения актинического хейлита - развитие аллергической реакции замедленного типа красной каймы губ на УФлучи. В некоторых случаях поражение губ сочетается с солнечной экземой лица. Характерна сезонность течения актинического хейлита: обострение заболевания в весеннелетний период и ремиссия в осеннезимний.

Существует сухая и экссудативная формы актинического хейлита:

Сухая форма проявляется сухостью нижней губы, верхняя губа и кожа лица поражаются редко. Поражение захватывает всю поверхность красной каймы, она становится яркокрасной, покрывается мелкими, сухими серебристобелыми чешуйками. В последующем возможно появление ссадин, эрозий. У некоторых больных на красной кайме образуются участки гиперкератоза, а иногда веррукозные разрастания.

Клиническая картина экссудативной формы актинического хейлита характеризуется появлением на отечной гиперемированной поверхности красной каймы нижней губы яркокрасных эритем, мелких пузырьков, мокнущих эрозий, покрывающихся корками. Больных беспокоят зуд, жжение, болезненность губ.

При длительном существовании актинического хейлита и присоединении действия раздражающих факторов (курение, влажность, инсоляция) возможно его озлокачествление.

Гистологически выявляется картина аллергического контактного дерматита.

Необходимо прежде всего по возможности избегать инсоляции, изменить профессию, если она связана с длительным пребыванием на открытом воздухе. Назначают

никотиновую кислоту, витамины группы В (В2, В6, В12), в некоторых случаях их сочетают с противомалярийными препаратами (делагил по 0,25 г 2 раза в день в течение 2-3 нед) и небольшими дозами кортикостероидов (например, преднизолон по 10 мг в день). Местно используют мази с кортикостероидами (0,5 преднизолоновая, "Флуцинар", "Локакортен", "Лоринден" и др.).

С целью профилактики актинического хейлита используют фотозащитные кремы "Луч", "Щит", "Антилюкс", 10 салоловую мазь.

Прогноз благоприятный, однако при длительном течении сухой формы может произойти озлокачествление процесса.

Метеорологический хейлит (cheilitis meteorologica)

Представляет собой воспалительное заболевание губ неаллергической природы, причиной развития которого являются разнообразные метеорологические факторы (повышенная или пониженная влажность, запыленность воздуха, ветер, холод и др.). Важную роль в развитии этого заболевания играет длительность воздействия этих факторов и конституционные особенности кожи. Метеорологический хейлит чаще возникает либо у лиц с белой и нежной кожей, либо у людей с заболеваниями кожи, сопровождающимися повышенной ее сухостью (себорея, себорейная экзема, диффузный нейродермит и др.). Течение заболевания хроническое, не зависящее от времени года- сенсибилизация к солнечному свету отсутствует.

При метеорологическом хейлите поражается красная кайма губы, обычно нижней, на всем ее протяжении. Она слегка гиперемирована и инфильтрирована, сухая, часто покрыта мелкими чешуйками. Больных беспокоят сухость губ, чувство стягивания, шелушение. Длительное воздействие неблагоприятных метеорологических факторов способствует появлению эрозий или трещин.

Гистопатологически в эпителии определяются гиперплазия, местами с небольшим ороговением, инфильтрация стромы.

Лечение проводят по тем же принципам, что и актинического хейлита.

Прогноз благоприятный, но при длительном течении метеорологического хейлита на его фоне могут возникнуть облигатные формы предрака (абразивный преканцерозный хейлит Манганотти, ограниченный гиперкератоз).

Синдрома Мелькерссона-Розенталя.

Причины возникновения синдрома Мелькерссона-Розенталя окончательно не выяснены. Ряд авторов считают заболевание конституциональным, наследственным. Большинство же склонны рассматривать его как ангионевроз (нейродистрофия). По данным некоторых авторов, развитие гранулемы вокруг измененных сосудов указывает на гематогенно-

инфекционную природу макрохейлита. Имеет сторонников и инфекционно-аллергическая теория возникновения заболевания. Высказывается также точка зрения о полиэтиологическом характере заболевания.

Синдром Мелькерссона-Розенталя не является очень редким заболеванием. Несколько чаще он наблюдается у женщин. Заболевание может начаться в любом возрасте, как правило, с появления отека кожи лица и слизистой оболочки полости рта. Очень редко первым симптомом заболевания является паралич лицевого нерва. Среди отеков в начале болезни на первом месте стоит отек верхней губы, затем — нижней губы, гораздо реже встречается отек обеих губ. Первым признаком болезни могут также быть боли в лице по типу невралгии, часто за ними развивается паралич лицевого нерва.

Болезнь обычно начинается внезапно. За несколько часов отекает одна губа или обе. Отек держится 3-6 дней, реже меньше, иногда дольше, даже до месяца. Возникает бесформенное вздутие губы, край губы часто выворачивается в виде хоботка и обычно отстоит от зубов.

Иногда отек столь велик, что губы увеличиваются в 3-4 раза. Утолщение губ неравномерное, одна сторона губы обычно более отечна, чем другая.

Отек губ может сопровождаться образованием трещин. Обычно он захватывает всю губу до носа или до подбородочной борозды. При сильном отеке могут нарушаться речь, мимика, прием пищи. Отечные губы имеют, как правило, бледно-красный цвет, иногда с застойным оттенком. При пальпации ощущается равномерно мягкая или плотноэластическая консистенция тканей. Вдавления после пальпации не остается. Интенсивность отека может меняться в течение дня, ограниченные отеки могут возникать в области лба, век и других частей лица.

Вторым симптомом синдрома Мелькерссона-Розенталя является паралич лицевого нерва, причем часто ему предшествуют продромальные явления различной продолжительности: различные неприятные ощущения во рту, односторонняя вазомоторная ринопатия, изменения выделения слюны, гипо- либо гиперсаливация. После продрома односторонний паралич лицевого нерва развивается быстро. Происходит потеря тонуса мышц пораженной половины лица, расширяется глазная щель, опускается угол рта. Чаще развивается неполный паралич с частичным сохранением фрагментов вегетативной, чувствительной и моторной функций.

У большинства больных паралич лицевого нерва постепенно проходит. Однако в течение заболевания отмечается склонность к рецидивам, которые возникают через различные интервалы.

Третьим симптомом синдрома Мелькерссона-Розенталя является складчатый язык. Клинически отмечается отечность языка, приводящая к неравномерному его увеличению. Участки поражения вначале имеют бледно-розовую окраску. Постепенно слизистая оболочка мутнеет, возникает серовато-розовая окраска, образуются участки в виде полос и пятен. Язык постепенно становится малоподвижным, полностью его высунуть бывает трудно. Задняя треть и корень языка обычно в процесс не вовлекаются.

Течение синдрома Мелькерссона-Розенталя хроническое. В начале болезни рецидивы обычно сменяются более или менее продолжительными ремиссиями, во время которых все симптомы заболевания исчезают. Позднее макрохейлия и паралич лицевого нерва приобретают стойкий характер. Обострение заболевания отмечается после герпеса, усиления фокальной инфекции, перенесенных интеркурентных заболеваний, ьервного напряжения и т.п. Наличие стойкого косметического дефекта может вызвать изменение психики по ипохондрическому, депрессивному типу.

У ряда больных может отсутствовать не только складчатый язык, но и паралич лицевого нерва. Единственным симптомом заболевания в этом случае является макрохейлит.

При наличии у больного всех трех симптомов заболевания дифференциальная диагностика синдрома Мелькерссона-Розенталя не представляет трудностей. При моносимптомной (макрохейлит) форме заболевания его следует дифференцировать в первую очередь от элефантиаза, возникающего при хроническом рожистом воспалении, отека Квинке и кавернозной гемангиомы.

Лечение синдрома Мелькерссона-Розенталя является весьма трудной задачей. Его проводят по двум направлениям: хирургическому и консервативному. Каждого больного тщательно обследуют с целью выявления у него патологии, способствующей возникновению заболевания. При этом особое внимание обращают на выявление очагов фокальной инфекции, в том числе в челюстно-лицевой области, на состояние нервной системы, внутренних органов, на наличие бактериальной аллергии. Проводят лечение общих соматических заболеваний желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы, сердечно-сосудистой системы.

При хирургическом лечении, которое производят с косметической целью, иссекают часть ткани губы. Однако это не предотвращает рецидивов заболевания.

Лучшие результаты при консервативном лечении дает комбинация кортикостероидов, антибиотиков широкого спектра действия и синтетических противомалярийных препаратов. При этом преднизолон назначают вместе с окситетрациклином и синтетическими противомалярийными препаратами. Пирогенные препараты. Десенсибилизирующие средства (препараты кальция, антигистаминные препараты и др.). Обязательна десенсибилизирующая бактериальная терапия соответствующим аллергеном, при выявлении чувствительности к стафилококку используют стафилококковый анатоксин.

Поливитамины с микроэлементами (юникап, супрадин, таксофит, пангексавит и др.), пантотенат кальция, витамин А в масле, никотиновая кислота.

Компламин в течение 10 дней (улучшает кровообращение в мягких тканях). Танакан, кавинтон, стугерон 1-2 мес.

Неробол (препарат обладает выраженной анаболической активностью, предотвращает старение организма).

Седативные средства и транквилизаторы.

Местное лечение синдрома Мелькерссона-Розенталя:

1. аппликации гепариновой мази, в сочетании с димексидом, на 20 мин, 3-4 раза в день в течение 3-4 недель;
2. электрофорез с гепарином на нижнюю губу ежедневно или через день, №15 на курс лечения;
3. физиолечение — токи Бернара, ультразвук, гелиево-неоновый лазер;
4. аппликации кортикостероидных мазей, либо метилурациловой при наличии воспалительных явлений, 20 минут, 2-3 раза в день;
5. аппликации кератопластических средств;
6. блокады 2% раствора теплого новокаина, тримекаина, лидокаина 3-4 мл, ежедневно или через день, №7-10 на курс лечения.

Хроническая трещина губы

Этиология: хроническое травмирование губы, метеофакторы, гиповитаминоз А и группы В.

Надо всегда пытаться выяснить и устранить причину заболевания. Полезны мази с антибиотиками (дибиомициновая мазь), кортикостероиды (дермазолон, лоринден С), эпителизирующие средства (масло шиповника, облепиховое масло, бальзам Шостаковского). Хорошо также длительно (1 – 1,5 месяца) принимать концентрат витамина А, витамины группы В (B_2, B_6) и РР. Только при отсутствии эффекта – хирургическое иссечение трещины в пределах здоровой ткани. Нельзя допускать пересыхания губ, нужно использовать гигиеническую губную помаду, жирные кремы. Также обязательно лечение гландулярного хейлита, вызывающего хроническую трещину губы.

Тема №10. Нейродерматозы. Атопический дерматит. Лишай Видаля. Крапивница.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

I. Кожный зуд

1. Определение кожного зуда, Классификация.

Физиологический и патологический, первичный (идиопатический) и вторичный (симптоматический), локализованный и генерализованный.

2. Теории патогенеза зуда.

Видоизмененное чувство боли, подвид тактильной чувствительности, корковое ощущение, результат изменения химического состава кожи, спазма сосудов и нарушения трофики тканей.

3. Этиология.

Причины возникновения генерализованного и локализованного кожного зуда (экзогенные и эндогенные факторы).

4. Клиника.

Зуд, невротические расстройства, отсутствие первичных морфологических элементов при наличии экскориаций и кровянистых корочек, отполированные ногти, осложнение вторичной пиодермией.

5. *План обследования больного.*

Консультации специалистов, методы лабораторной диагностики.

6. Лечение.

Общая терапия (лечение основного заболевания, диетотерапия, антигистаминные, седативные, противозудные препараты, транквилизаторы, витаминотерапия, в тяжелых случаях - кортикостероиды). Физиотерапевтические методы (электро- и фонофорез с противозудными препаратами, гипнотерапия). Наружная терапия (водно-взбалтываемые смеси, спиртовые растворы с противозудными препаратами, мази с кортикостероидами (синафлан, фторокорт, флуцинар, лоринден, гиоксизон, апулеин, афлодерм, це-лестодерм, адвантан, локоид, элоком, белосалик и др.), орошение хлорэтилом.

II. Крапивница

1. Определение. Классификация.

Хроническая рецидивирующая, стойкая папулезная, ангионевротический отек Квинке, крапивница от физических факторов - тепловая, холодовая, солнечная, искусственная.

2. Этиология.

Эндогенные и экзогенные факторы.

3. Патогенез.

Схема развития аллергической реакции немедленного типа, неаллергическая и холинэргическая крапивница.

4. Клиника острой крапивницы.

Внезапное начало, зуд, мономорфная сыпь в виде волдырей (цвет, размеры, форма, эфемерность); клинические разновидности - фарфороподобная, гигантская, пузырная, с пигментацией; локализация на коже и слизистых; "крапивная лихорадка".

5. *Особенности течения хронической рецидивирующей крапивницы* (причины частых рецидивов, зуд, невротические расстройства, характеристика высыпаний, симптомы поражения ЖКТ, анализ крови), ***стойкой папулезной крапивницы*** (трансформация волдырей в папулы, локализация), ***ангионевротического отека Квинке*** (отсутствие зуда, поражение кожи, слизистых, суставов, локализация, осложнения, прогноз).

6. Лечение.

Устранение аллергена. Общая терапия (антигистаминные, антианафилактические, десенсибилизирующие препараты, стероидные гормоны). Наружная терапия (см. "Кожный зуд").

7. *Особенности лечения отека Квинке.*

(дезинтоксикационная терапия, стероидные гормоны, адреналин, мочегонные средства), хронической рецидивирующей крапивницы (гистоглобулин, ферментативные препараты, ингибиторы фосфодиэстеразы, специфическая десенсибилизация), холинэргической крапивницы (атропин, препараты белладонны).

III. Почесуха

1. Определение. Классификация.

Детская, взрослых, временная, узловатая.

2. *Этиология.*

Экзогенные и эндогенные факторы.

3. Патогенез.

Схема аллергической реакции немедленно-замедленного типа.

4. Клиника.

Возраст больных для каждой клинической формы, зуд, невротические расстройства, мономорфная папулезная сыпь (особенности проявлений и локализация для разных форм), дермографизм, рефлексы, пото- и салоотделение, отполированные ногти.

5. *Лечение.*

Устранение аллергена. Диета. Общая терапия (антигистаминные, противозудные, седативные средства, транквилизаторы, ферментные препараты, сорбенты, витаминотерапия, неспецифические стимуляторы иммунитета). Наружная терапия (ванны, водные взбалтываемые смеси, анилиновые красители, спиртовые растворы с противозудными препаратами, мази с кортикостероидами). Физиотерапия. Особенности лечения узловатой почесухи (антималярийные препараты, обкалывание гидрокортизоном, криодеструкция, диатермокоагуляция, местная рентгенотерапия).

IV. Нейродермит. Атопический дерматит

1. Определение. Классификация.

Ограниченный и диффузный.

2. Этиология.

Эндогенные и экзогенные факторы, поливалентная сенсибилизация, понятие об атопии, роль наследственности и нервной системы, параллергия.

3. Патогенез.

Схема аллергической реакции немедленно-замедленного типа, иммунологические нарушения, триггерные факторы атопического дерматита.

4. Клиника ограниченного нейродермита.

Возраст, пол, зуд, локализация высыпаний; три зоны очага поражения - лихенификация, папулезная инфильтрация, пигментация; сухость кожи.

5. ***Клиника диффузного нейродермита (атопического дерматита).***

Возраст, зуд, невротические расстройства, динамика высыпаний (папулы, инфильтрация, лихенификация, пигментация), их локализация, дермографизм, сухость кожи, хейлит, юношеская катаракта (симптом Андогского), отполированные ногти, симптомы атопического лица.

6. Лечение.

Устранение аллергена. Диета. Режим. Общая терапия (антигистаминные, гипосенсибилизирующие, седативные средства, стабилизаторы клеточных мембран, нейролептики, транквилизаторы, антидепрессанты, ферментативные средства, сорбенты, антигеликобактерная терапия, пиротерапия, неспецифические стимуляторы иммунитета, в тяжелых случаях - стероиды). Наружная терапия (кератопластические мази с нафталаном, дегтем, АСД ф. III, серой, ихтиолом; противозудные мази с анестезином, ментолом; радевит, видестим; мази с кортикостероидами на ограниченные участки). Физиотерапия (ванны, УФО, СФТ, ПУВА-терапия).

Тема №12. Предраковые заболевания кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Болезнь Боуэна. Бородавчатый предрак. Ограниченный предраковый гиперкератоз. Абразивный преканкрозный хейлит Манганотти. Лейкоплакия, кератоакантома и кожный рог.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

Предрак — патологическое состояние, которое может перейти в рак. По Н. Н. Петрову, это дистрофические, упорные, но не стойкие пролифераты, еще не ставшие опухолью; таким образом, предрак — понятие динамическое, а не статическое. Поскольку предрак представляет собой нестабильную патологическую форму, он не имеет присущей только ему клинической симптоматики и отражает клинику предшествовавшего состояния. На определенных этапах своего развития процесс обратим, а своевременное и рациональное лечение даже необратимого предрака предупреждает развитие злокачественной опухоли. Основные гистологические особенности, на которых базируется диагностика предраковых состояний, связаны с нарушением процесса созревания эпителиальных клеток, потери их полярности и контактов между ними и др. Выделение двух форм предрака — облигатной и факультативной — условно и в современной литературе не используется. Как показали патоморфологические исследования с применением электронной микроскопии, даже в случае факультативного предрака могут отмечаться глубокие изменения в базальной мембране, характерные для облигатной формы.

В настоящее время **различают предраковые состояния** отдельно кожи лица, красной каймы губ и слизистой оболочки полости рта.

К предракам кожи относят болезнь Боуэна, пигментную ксеродерму, актинический кератоз, радиационный дерматоз и предраковый меланоз.

К предракам красной каймы губы относятся: бородавчатый (узелковый) предрак, ограниченный предраковый гиперкератоз, абразивный (преканцерозный) хейлит Манганотти и те же формы, что и на слизистой оболочке рта.

Предраки слизистой оболочки полости рта: эритроплакия, эрозивная и веррукозная формы лейкоплакии, эрозивноязвенная и гиперкератотическая формы красной волчанки и плоского лишая, постлучевой стоматит.

Кроме перечисленных предраков существует ряд патологических состояний, являющихся фоновыми заболеваниями, на основе которых иногда развивается рак. Среди них хронический свищ, трещина, трофическая язва, рубцы после перенесенной туберкулезной волчанки, термического и химического ожога и др.

Больные с предраком находятся на диспансерном наблюдении у стоматолога.

Болезнь Боуэна.

По клинической картине отличается многообразием. Чаще проявляется в виде бляшки с возвышающимся краем, поверхность которой уплощена за счет атрофии и рубцевания и покрыта корками. Встречается чаще у пожилых лиц. Течение заболевания длительное. Процесс захватывает всю толщу эпидермиса и является разновидностью карциномы in situ. Отличается от рака отсутствием инфильтративного роста. Лечение хирургическое — иссечение в пределах здоровых тканей.

Пигментная ксеродерма проявляется чаще у детей. Толчком к заболеванию служит солнечный ожог, после чего возникают пигментированные пятна, возвышающиеся над поверхностью кожи и сливающиеся друг с другом. Затем развиваются кератоз, гемангиоэктазия, мокнущие эрозии. Заболевание наследственное, передается рецессивным путем. Прогноз плохой, приводит к малигнизации. Лечение — иссечение эрозивных участков. Профилактика — защита от солнечного света.

Бородавчатый предрак красной каймы губ

Имеет вид ограниченного узелка от 0,4 до 1 см в диаметре. В основании его обнаруживается иногда уплотнение, а на поверхности небольшое количество плотно сидящих чешуек. Окраска от нормальной до застойно-красной. Такой узелок возникает либо на внешне неизмененной красной кайме губ, либо на фоне небольшого воспаления. Данное заболевание из-за схожести внешних признаков часто ошибочно диагностируют как папиллому или бородавку. Течение его довольно быстрое и спустя 1-2 мес после клинического проявления может произойти малигнизация.

Микроскопически выявляют ограниченную пролиферацию эпидермиса, иногда вверх (в виде широких сосочковых образований), либо вниз за обычный уровень эпителия. Гиперкератоз перемежается с зонами паракератоза. Наблюдается дискомплексация и полиморфизм шиповатых клеток.

Лечение хирургическое (иссечение, криодеструкция).

Ограниченный предраковый гиперкератоз красной каймы губ

Клиническая картина. Резко ограниченный, часто полигональной формы участок от 0,2 до 1,8 см на красной кайме нижней губы, поверхность которого покрыта плотно сидящими чешуйками. Очаг поражения не возвышается над окружающей красной каймой, а кажется слегка запавшим. При большом скоплении чешуек может слегка возвышаться над окружающими тканями. Образование кажется окруженным тоненьким белесоватым валиком, который при растяжении исчезает.

Микроскопически имеется пролиферация эпителия в глубь тканей, часто сопровождающаяся дискомплексацией шиповатых клеток и мощным гиперкератозом на поверхности.

Лечение хирургическое (иссечение, криодеструкция).

Хейлит Манганотти

Это возрастные трофические изменения тканей в области нижней губы. Возникает у мужчин старше 60 лет. Определенное значение в патогенезе заболевания имеют гиповитаминоз А и патология желудочно-кишечного тракта.

В целях профилактики заболевания необходимо избегать курения, травмирования губ, инсоляции и низкой температуры, проводить рациональное протезирование, санацию полости рта, принимать витамины С и А курсами (3 – 4 раза в год), нормализовать функцию желудочно-кишечного тракта.

Лейкоплакия

Это заболевание представляет собой ороговение слизистой оболочки рта, губ или гениталий в ответ на хроническое экзогенное раздражение. Заболевание относится к факультативному предраку. Различают три вида лейкоплакии: лейкоплакию-симптом, возникающую при системных заболеваниях; лейкоплакиию-болезнь (истинная лейкоплакия), которая характеризуется ороговением слизистой оболочки без признаков воспаления; ложную лейкоплакию при красном плоском лишае, красной волчанке и заболеваниях слизистой оболочки, сопровождающихся появлением очагов гиперкератоза. Этиопатогенетическими факторами являются: патология желудочно-кишечного тракта, гиповитаминоз А, генетические факторы, табачный дым, гальванический ток, травматизация (зубами, мундштуком, папиросой), инсоляция.

Очаги лейкоплакии могут состоять из одного или нескольких мелких или крупных (до 2-4 см) серовато-белых бляшек. Выделяют четыре формы заболевания: лейкоплакию никотиновую, плоскую, веррукозную и веррукозно-язвенную. Описаны также эритроплакия – красные чётко очерченные бляшки без эпителия; и крапчатая лейкоплакия – представляет собой эритроплакию в сочетании с четырьмя вышеописанными формами.

Необходима санация полости рта, рациональное протезирование, устранение раздражающих факторов (курение, дентальная патология, алкоголь, острое, пряности). В целях профилактики нужно посещать стоматолога 2 – 3 раза в год. Врач должен обратить внимание на ортопедический статус и провести его коррекцию.

При веррукозной форме – хирургическое иссечение в пределах здоровых тканей, а при эрозиях и язвах – криохирургия жидким азотом, если консервативное лечение неэффективно. Необходимо установить наличие соматических заболеваний, особенно желудочно-кишечного тракта, и провести своевременную терапию. При наличии очагов лейкоплакии показаны витамин B_6, витамин А внутрь – по 10 капель три раза в день (1 – 2 месяца), аппликации масляным раствором витамина А 3 – 4 раза в день. Одновременно смазывание участка 10 %-м раствором буры в глицерине.

Регресс наступает через 8 – 12 месяцев после устранения раздражителя.

Кератоакантома

Кератоакантома (роговой моллюск, доброкачественная акантома). Быстро развивающаяся и спонтанно регрессирующая форма предрака.

Клиническая картина. Полушаровидной формы узелок серовато-красного цвета или цвета нормальной красной каймы, плотной консистенции. В центре его имеется небольшое воронкообразное вдавление, заполненное легко снимающимися роговыми массами, в результате

чего образуется кратерообразное углубление. Возможны 2 исхода этого вида предрака: спонтанная регрессия с исходом в рубец и озлокачествление. Часть авторов оспаривают возможность озлокачествления кератоакантомы, предполагая наличие рака с самого начала. Микроскопически - ограниченная выступающая над окружающими тканями эпителиальная опухоль с большой роговой пробкой. Эпителий опухоли в состоянии акантоза, часто с явлениями атипии, гиперкератоза. В периферических отделах интенсивно растущих кератоакантом встречается значительное количество митозов. На отдельных участках поля - тяжи дифференцированных клеток шиповидного слоя. Эти участки могут напоминать разрастания высокодифференцированного плоскоклеточного рака.
Лечение хирургическое (иссечение, диатермокоагуляция, криотерапия).

Кожный рог (фиброкератома Унны, старческий рог)

Разновидность кератоза, сопровождающаяся чрезмерным развитием рогового слоя эпидермиса кожи, красной каймы губ.
Клиническая картина. Резко ограниченный очаг диаметром до 1 см, от основания которого отходит конусообразной формы рог, грязно-серого цвета, плотной консистенции, спаянный с основанием. Возникает у лиц старше 60 лет. Клинические проявления весьма типичны.
Микроскопически - очаговая гиперплазия эпителия с массивным конусовидным разрастанием роговых масс.
Лечение хирургическое.

Модуль венерология

Тема № 12. Возбудитель сифилиса. Течение приобретенного сифилиса. Клинические проявления первичного период сифилиса. Атипические формы твердого шанкра. Вторичный и третичный сифилис

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5,

1. Методика обследования больного венерическим заболеванием.

Особенности сбора анамнеза заболевания: выяснение сроков инфицирования, места, обстоятельств, источника заражения, половых и бытовых контактов. Понятие о конфронтации. Обязательный осмотр всего кожного покрова, слизистых оболочек и волосистой части головы. Строгое соблюдение врачебной тайны.

2. Возбудитель сифилиса.

Бледная трепонема: год открытия, приоритет немецких ученых, морфология (внешний вид, размеры, электронно-микроскопическое строение, формы выживания: L-формы, полимембранные фагосомы, цисты), виды движений, размножение, антигенная структура, среды обитания в организме человека. Дифференциальная диагностика бледной трепонемы от других трепонем. Устойчивость во внешней среде. Влияние различных физических и химических факторов.

3. Патогенез сифилиса.

Механизм развития сифилитической инфекции: контагиозность сифилидов и биологических жидкостей организма, условия заражения, пути распространения в организме (лимфогенный, гематогенный, неврогенный). Иммунитет (гуморальный и клеточный, фагоцитоз, противошанкерный иммунитет). Суперинфекция. Реинфекция (критерии). Трансфузионный сифилис. Общее течение и периодизация сифилиса. Экспериментальный сифилис.

4. Пути заражения сифилисом.

Прямой: половой (естественный и половые перверзии) и внеполовой (профессиональный, трансфузионный, трансплацентарный, при поцелуях). Непрямой (через предметы обихода).

5. Инкубационный период.

Продолжительность. Причины удлинения и укорочения.

6.Первичный период сифилиса.

6.1.Периодизация первичного периода сифилиса.

С отрицательными и положительными серологическими реакциями (их продолжительность).

6.2..Клиника первичного периода сифилиса.

Характеристика твердого шанкра: эрозия или язва (частота встречаемости, форма, края, цвет, отсутствие болезненности, инфильтрат в основании, отделяемое). Причины трансформации эрозивного твердого шанкра в язвенный. Размеры: карликовый, гигантский, ожоговый. Количество: единичные и множественные, в том числе последовательные, биполярные, шанкры-отпечатки. Редкие варианты: гипертрофический, крустозный, герпетический, в виде эрозивного баланопостита. Локализация: генитальные, леригенитальные, экстрагенитальные. Особенности клинических проявлений твердого шанкра в зависимости от локализации (на внутреннем листке крайней плоти и в венечной борозде, в области уздечки полового члена, наружного отверстия мочеиспускательного канала, анального отверстия, глаз, на языке, деснах, миндалинах, шейке матки). Склераденит: сроки появления, локализация, размеры, консистенция, безболезненность, подвижность, состояние кожи над лимфатическими узлами.

6.3. Дифференциальный диагноз.

С мягким шанкром (шанкроидом), шанкриформной пиодермией, генитальным герпесом, чесоточной эктимой, спиноцеллю-лярной эпителиомой, острой язвой вульвы Чапина-Липшутца, трихомонадными и гонорейными эрозиями.

6.4. Атипичные формы твердого шанкра.

Индуративный отек, шанкр-амигдалит, шанкр-панариций. Клиническая характеристика. Дифференциальный диагноз с банальным фимозом, бартолинитом, банальной ангиной, панарицием.

6.5.Осложнения первичной сифиломы.

Эрозивный баланопостит, вульвовагинит, парафимоз, фимоз, гангренизация, фагеденизм. Причины возникновения, особенности клиники, дифференциальный диагноз.

6.7.Особенности течения первичного периода сифилиса у детей.

6.8.Диагностика.

Забор материала (отделяемое твердого шанкра, пунктат лимфоузла). Бактериоскопия (исследование в темном поле, серебрение по Морозову). Серологические методы РСК, МРП (или аналоги - VDRL, RPR), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ.

Вторичный период.

1. Введение.

Сифилис, по образному определению венерологов, является "великим имитатором", "обезьяной всех болезней". В связи с особенностями психологии больные сифилисом нередко, в первую очередь, обращаются к врачам общемедицинской сети: терапевтам, гинекологам, инфекционистам и т.д. Возникает необходимость провести дифференциальный диагноз клинических проявлений вторичного проявления сифилиса с инфекционными заболеваниями, патологией внутренних органов, сопровождающимися высыпаниями на коже, аллергическими и многообразными кожными заболеваниями инфекционной и неинфекционной природы. Решение этой задачи порой представляет собой большую сложность, т.к. высыпания вторичного периода сифилиса полиморфны - розеолы, папулы, пустулы, везикулы, нарушения пигментации - и локализуются на различных участках кожного покрова и слизистых оболочках. Нередко заключительный диагноз можно поставить после проведения лабораторных исследований - обнаружение бледной трепонемы в серуме высыпаний, положительные РСК, МРП (или аналоги - VDRL, RPR), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ. В процессе изучения вторичного периода сифилиса студент должен научиться проводить дифференциальный диагноз с различными заболеваниями.

2. Периодизация вторичного периода сифилиса.

Манифестный и скрытый (ранний).

3. Клиника вторичного периода сифилиса.

Общая характеристика вторичных сифилидов (отсутствие субъективных ощущений, островоспалительной реакции, округлая форма, фокальность расположения, приступообразное подсыпание, доброкачественное течение, наклонность к рецидивам). Пятнистый сифилид (разновидности сифилитических розеол: сливная, возвышающаяся, зернистая, шелушащаяся). Папулезный сифилид: милиарный; лентикулярный, в том числе себорейный, псориазиформный, мокнущий (эрозивный, язвенный, вегетирующий - широкие кондиломы), ладоней и подошв (чечевицеобразный, кольцевидный, роговой, широкий тип); нуммулярный, бляшковидный. Везикулезный (герпетиформный) сифилид. Пустулезный сифилид: импетигинозный, угревидный, оспенновидный, сифилитические эктима и рупия. Пигментный сифилид (сифилитическая лейкодерма): пятнистая, сетчатая, мраморная. Сифилитическая алопеция: мелкоочаговая, диффузная, смешаная. Проявления на слизистых оболочках: сифилитическая ангина, ларингит, папулезные (эрозивные, язвенные) высыпания. Полиаденит. Поражение внутренних органов, нервной системы, глаз, опорно-двигательного аппарата.

4. Розеолезный сифилид.

Розеолезный сифилид наиболее часто дифференцируют с острыми инфекционными заболеваниями (корь, брюшной и сыпной тифы), токсикодермией, розовым и отрубевидным лишаем, мраморной кожей.

5. Папулезный сифилид

Следует дифференцировать с красным плоским лишаем, парапсориазом, псориазом, ложносифилитическими папулами, остроконечными кондиломами, геморроидальными узлами, лихеноидным туберкулезом кожи, плоскими бородавками, вегетирующей пузырчаткой.

6. Пустулезный сифилид

Редкое проявление вторичного сифилиса. Он свидетельствует о тяжелом, злокачественном течении заболевания. Дифференциальный диагноз проводится с вульгарными угрями, папулонекротическим туберкулезом кожи, масляными профессиональными фолликулитами, йодистыми и бромистыми угрями, натуральной и ветряной оспой, вульгарным импетиго, вульгарной эктимой, рупиоидным псориазом и рупиоидной пиодермией.

7. Пигментный сифилид

Сифилитическую лейкодерму необходимо дифференцировать с витилиго и псевдолейкодермой, обусловленной в первую очередь отрубевидным лишаем, псориазом, парапсориазом.

8. Сифилитическая плешивость (алопеция)

дифференцируется с гнездной плешивостью, с поверхностной трихофитией волосистой части головы.

9. Пятнистый и папулезный сифилид на слизистых оболочках

На миндалинах, дужках, мягком небе и язычке следует дифференцировать с банальной катаральной ангиной, медикаментозной токсикодермией, "горлом курильщика". Папулезный сифилид на слизистой оболочке рта следует дифференцировать с язвенно-некротической ангиной Плаута-Венсана, ларингитом, афтозным стоматитом, красным плоским лишаем, красной волчанкой, многоформной экссудативной эритемой, истинной пузырчаткой, простым пузырьковым лишаем, буллезным пемфигоидом.

10.Диагностика.

Понятие о конфронтации. Бактериоскопия отделяемого сифилидов. Серологические методы РСК, МРП (или аналоги - VDRL, RPR), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ.

Третичный сифилис.

I. Третичный сифилис.

1.Введение.

Частота встречаемости третичного сифилиса. Причины возникновения. Периодизация третичного периода сифилиса: манифестный (бугорковый и гуммозный) и скрытый (поздний).

2.Клиника.

Общая характеристика третичных сифилидов: мономорфны, малоконтагиозны, носят деструктивный характер, необильны, асимметричны, появляются внезапно на ограниченных участках. Третичный бугорковый сифилис: характеристика бугорка (размеры, цвет, форма, консистенция, количество, поверхность), пути разрешения - изъязвление (мозаичный рубец), сухой (рубцовая атрофия). Локализация бугоркового сифилида. Клинические разновидности - сгруппированный, серпигинирующий, карликовый, "площадкой". Третичный гуммозный сифилис: характеристика гуммы (форма, цвет, размеры, консистенция, отсутствие болезненности), пути разрешения - изъязвление (характеристика язвы, гуммозный стержень, звездчатый рубец), сухой (рубцовая атрофия), петрификация. Локализация гуммозного сифилида. Клинические разновидности - солитарные, фиброзные гуммы, гуммозные инфильтраты. Осложнения гуммы - присоединение вторичной инфекции, элефантиаз, мутиляция, перфорация. Третичная сифилитическая розеола. Поражение костей, суставов, внутренних органов, нервной системы.

3. Дифференциальный диагноз

бугоркового сифилида с туберкулезной волчанкой, папулонекротическим туберкулезом, лепроматозным типом лепры, лейшманиозом, розовыми угрями, базалиомой, гуммозного - со скрофулодермой, индуративной эритемой Базена, узловатой эритемой, фурункулом, варикозными язвами, липомой.

4. Диагностика.

Конфронтация. Серологические реакции РСК, МРП (или аналоги - VDRL, RPR), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ, их роль в диагностике.

Тема 13. Врожденный сифилис. Диагностика, лечение и профилактика врожденного сифилиса. Общие принципы диагностики и лечения сифилиса.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

1. Введение.

Определение. Пути передачи сифилиса потомству. Законы Кольса-Боме, Профета, Кассовича. Критика герминативной теории передачи сифилиса. Матценауэр как основоположник трансплацентарной теории передачи сифилиса. Социальное значение. Влияние сифилиса на течение и исход беременности.

2. Классификация.

Сифилис плода. Ранний врожденный сифилис: сифилис грудного возраста (до 1 года), сифилис раннего детского возраста (от года до 4 лет), поздний врожденный сифилис (старше четырех лет). Скрытый врожденный сифилис.

3. Клиника.

4. Сифилис плода: сроки инфицирования плода. Поражение плаценты, печени, селезенки, легких, эндокринных желез, центральной нервной и костной систем.

5. Сифилис грудного возраста: внешний вид ("старческая кожа", хлоазмы, дистрофия, пролежни), симптом Систо, поражение кожи (сифилитическая пузырчатка новорожденных, диффузная папулезная инфильтрация кожи Гохзингера, папулезная сыпь - себорейные папулы на лице и волосистой части

головы, мокнущие или вегетирующие папулы на половых органах), поражение слизистых оболочек (сифилитический ринит - эритематозная, экссудативная и язвенная стадии, деформация носа), поражение костной системы (остеохондриты - три стадии; псевдопаралич Парро, периоститы, сифилитические гуммы), поражение нервной системы (судороги, эпилептиформные припадки, водянка головного мозга, сифилитический менингит), поражение внутренних органов (печень, селезенка, почки, поджелудочная железа), поражение органов зрения (хориоретинит).

6. Сифилис раннего детского возраста: скудность проявлений, папулезные и пустулезные высыпания на волосистой части головы, половых органах, в паховых складках, за ушными раковинами, между пальцами, на слизистых оболочках (охриплость голоса, афония). Алопеция. Периоститы. Остеопериоститы.

7. Поздний врожденный сифилис: безусловные признаки (триада Гетчинсона: паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота, зубы Гетчинсона), вероятные признаки (ягодицеобразный череп, рубцы Робинсона-Фурнье, седловидный нос, саблевидные голени, дистрофия зубов), дистрофии или стигмы (симптом Авситидийского, аксифоидия, готическое твердое нёбо, диастема Гаше, бугорок Карабелли, олимпийский лоб, инфантильный мизинец - симптом Дюбуа-Гиссара, гипертрихоз).

8. Диагностика.

Бактериоскопический метод (обнаружение бледной трепонемы в серуме высыпаний). Серологические методы РСК, МРП (или аналоги - VDRL, RPR), РИГА, ИФА, РИФ, РИБТ. R-графия длинных трубчатых костей. Консультация у специалистов (педиатр, окулист, лор, невропатолог).

9. Профилактика.

Вассерманизация беременных. Лечение беременных, больных сифилисом. Профилактическое лечение беременных, перенесших сифилис. Профилактическое лечение детей, родившихся от больных или переболевших сифилисом матерей.

<u>Диагностика сифилиса, современные методы лечения.</u>

1 Историческая справка.

Внедрение в практику сифилидологии препаратов ртути, мышьяка (сальварсан, миосальварсан), висмута (бийохинол, бисмоверол, пен-табисмол), антибиотиков, в том числе пролонгированного действия.

2 Принципы диагностики сифилиса.

Критерии диагностики: клиника заболевания, обнаружение бледной трепонемы в отделяемом сифилидов, пунктате лимфатических узлов, положительные серологические реакции: РСК, МРП (или аналоги - VDRL, RPR), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ. Значение консультаций терапевта, невропатолога, окулиста. Рентгенография костей, исследование спинномозговой жидкости при поздних формах сифилиса и врожденном сифилисе.

3 Виды лечения.

Специфическое, превентивное, профилактическое, пробное.

4 Специфическое лечение.

Препараты пенициллина: дюрантные (экстенциллин, ретарпен, бициллины - 1,3,5), «средней» дюрантности (новокаиновая соль пенициллина, прокаин пенициллин), натриевая соль пенициллина. Показания, противопоказания, разовая, суточная и курсовая дозы.

Резервные методы лечения больных сифилисом тетрациклином, доксициклином, оксациллином, ампициллином, цефтриаксоном (роцефином).

5 Клинико-серологический контроль после лечения.

Сроки клинического контроля и периодичность обследования больных при различных формах сифилиса. Критерии излеченности и порядок снятия с учета больных сифилисом.

6.**Личная профилактика венерических заболеваний.** Использование барьерных методов контрацепции (презервативы) и индивидуальных портативных профилактических средств (гибитан, цидипол, мирамистин). Консультирование больных ИППП.

Тема № 14. Гонорея, хламидиоз, трихомониаз: возбудитель, классификация, клиника, осложнения (простатит, эпидедимит, везикулит), лечение, профилактика.

Котролируемые компетенции: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

1. Гонококковая инфекция.

1.1. Этиология.

Возбудитель: год открытия, приоритет немецких ученых, морфология (строение, L-формы, β-лактамазные штаммы, гонококки типа Аша), размножение, эндотоксин и его свойства, переживание вне хозяина. Фагоцитоз. Поглощение трихомонадами.

2.2. Эпидемиология.

Источники заражения. Группы риска. Пути заражения: прямой (половой, половые перверзии, инфицирование плода - гематогенное, через околоплодные воды или при прохождении через родовые пути матери) и непрямой (посредством зараженных предметов - белье, мочалка, полотенце и др.).

2.3. Патогенез.

Поражение цилиндрического эпителия (его топика). Пути распространения возбудителя в организме человека: трансканаликулярно (по протяжению и антиперистальтически), лимфогенная и гематогенная диссеминация (гонококкемия, гонококковая септицемия и септикопиемия). Иммунитет (гуморальный, клеточный, реакция Борде-Жангу, "семейная" гонорея). Инкубационный период.

2.4. Классификация.

Гонорея нижних отделов мочеполового тракта без осложнений, гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями, гонорея верхних отделов мочеполового тракта и органов

малого таза, гонорея других органов. Топическая диагностика; уретрит, эндоцервицит, вульвовагинит, простатит и т.д.

2.5. Клиника гонореи у мужчин.

Боли и рези при мочеиспускании. Характер выделений. Состояние губок уретры. Передний и тотальный уретрит. Осложнения переднего уретрита: баланит, баланопостит, фимоз, парауретрит, морганит, куперит. Осложнения заднего уретрита: простатит (катаральный, паренхиматозный, фолликулярный), везикулит, эпидидимит, орхоэпидидимит, цистит). Стриктура уретры.

2.6. Особенности течения гонореи у женщин.

Вялое (бессимптомное) течение. Протекает как смешанная инфекция: сочетается с трихомониазом, кандидозом, хламидиозом, бактериальным вагинозом, сифилисом. Многоочаговость инфицирования: уретрит, парауретрит, эндоцервицит, вестибулит, проктит. Удлинение инкубационного периода до 3-х недель.

2.7. Особенности течения гонореи у девочек.

Преобладание внеполового пути заражения. Острое течение заболевания. Поражение слизистых, выстланных многослойным плоским эпителием. Многоочаговость инфицирования. Частое поражение прямой кишки в области нижнего отдела. Редкость парауретрита, бартолинита и восходящей гонореи. Характерные симптомы: гиперемия и отек малых половых губ, кровоточивость при пальпации, симптомы Карышевой, Васильева-Чеботарева, "ласточкиного хвоста".

2.8. Диагностика.

Жалобы. Анамнез. Осмотр. Топическая диагностика. Двухстаканная проба. Схема Ульцмана. Бактериоскопический метод (выделения из уретры, цервикального канала, вагины, прямой кишки окрашивают метиленовым синим и по Граму нейтральным красным). Комбинированная провокация (механическая, алиментарная, биологическая, химическая, термическая), физиологическая провокация. Инструментальные методы исследования: уретроскопия (у мужчин), вагиноскопия (у девочек). Бактериологический метод (посев на флору и чувствительность к антибиотикам). Реакция Борде-Жангу.

2.9. Лечение.

Принципы лечения. Выбор антибиотиков в зависимости от клинического диагноза. Современная антибактериальная терапия (ципрофлоксацин, офлоксацин, цефтриаксон, азитромицин, ломефлоксацин, пефлоксацин, спектиномицин, доксициклин, метациклин и др.).

2.10. Профилактика.

Регистрация больных. Выявление источников заражения и лиц, бывших в половом контакте с больным. Диспансеризация больных. Кабинеты анонимного обследования и лечения (КАОЛ). Индивидуальная профилактика: презервативы, гибитан, цидипол, мирамистин. Санитарно-просветительская работа. Медосмотры контингентов риска.

2.1. Этиология.

Возбудитель Ch.trachomatis - грамотрицательные бактерии. Признаки, позволяющие относить хламидии к бактериям, сродство с вирусами. Жизненный цикл хламидии внутри клеток: элементарные, ретикулярные и переходные тельца, их морфология, размеры, колонии хламидии, продолжительность цикла. Локализация возбудителя: в эпителиальных клетках слизистых оболочек (уретра, цервикальный канал, прямая кишка, коньюнктива глаз, глотка), а при генерализованном хламидиозе в эпителиальных и эпителиоидных клетках ретикулоэндотелия, лейкоцитах, моноцитах, макрофагах. Морфологическое, биологическое и антигенное сходство возбудителя трахомы, урогенитальной инфекции и конъюнктивита с включениями. Наличие нескольких серотипов хламидии (Д-К). Причины бесплодия (аутоиммунный процесс в области органов малого таза за счет продуцирования хламидиями белков «теплового шока», сходных с человеческими и обездвиживание сперматозоидов антиспермальными антителами). Переживание вне организма хозяина.

2.2. Эпидемиология.

Заболеваемость. Обязательная регистрация заболевания всеми специалистами. Пути заражения. Медико-социальное значение (бесплодие, патология беременности, болезни новорожденных и детей раннего возраста), снижение потенции, ВЗОМТ - воспалительные заболевания органов малого таза.

2.3. Классификация.

Свежий (неосложненный хламидиоз нижних отделов мочеполового тракта), хронический (длительно текущий, персистирующий, рецидивирующий хламидиоз верхних отделов мочеполовых органов, включая органы малого таза). Далее следует указывать топический диагноз, включая экстрагенитальную локализацию.

2.4. Клиника.

Продолжительность инкубационного периода. Заболевания у мужчин: уретрит, парауретрит, куперит, простатит, везикулит, эпидидимит. Заболевания у женщин: уретрит, бартолинит, вагинит, эндоцервицит, эндометрит, сальпингит, пельвиоперитонит, сальпингоофорит. Экстрагенитальные хламидиозы: проктит, фарингит; евстахеит, уретроцистит, конъюнктивит. Болезнь Рейтера.

2.5. Лабораторная диагностика.

Иммунофлюоресцентный метод с использованием моноклональных антител, иммуноферментный, методы ДНК- диагностики (полимеразная, лигазная цепная реакция, ДНК- зонды), изоляция возбудителя на культуре клеток, обработанных различными антибиотиками, серологические - обнаружение хламидийных антител в сыворотке крови (реакция связывания комплемента с родоспецифическим антигеном, Иммунофлюоресцентный метод с типоспецифическим антигеном).

2.6. Лечение.

Антибиотики: доксициклин, тетрациклин, азитромицин (сумамед), эритромицин, офлоксацин (таривид), ломефлоксацин, пефлоксацин, кларитромицин, рокситромицин, спирамицин. Особенности назначения отдельных антибиотиков. Неспецифическая терапия: индукторы интерферона (циклоферон, неовир, полиоксидоний, амиксин), левамизол, метилурацил, экстракт алоэ, трипсин, рибонуклеаза, витамины (группы В, фолиевая, аскорбиновая кислоты). Местная терапия.

3.Трихомониаз

3.1.Этиология.

Возбудитель: морфология, значение паракостальных гранул, фагоцитоз гонококков и хламидий, переживание вне хозяина.

3.2. Эпидемиология.

Заболеваемость населения. Источники и пути заражения.

3.3. Классификация.

Свежий (неосложненный трихомониаз нижних отделов мочеполового тракта), хронический (длительно текущий, персистирующий, рецидивирующий трихомониаз верхних отделов мочеполовых органов, включая органы малого таза). Далее следует указывать топический диагноз.

3.4. Клиника.

Трихомонадный уретрит: зуд, характер выделений в зависимости от стадии заболевания, состояния губок уретры, парауретральных ходов. Осложнения: баланит, баланопостит, парауретрит, литтреит, морганит, куперит, простатит (формы), везикулит, орхоэпидидимит, цистит, пиелит, пиелонефрит. Особенности течения инфекции у детей.

3.5. Диагностика.

Бактериоскопический (микроскопия нативных и окрашенных препаратов) и бактериологический методы.

3.6. Лечение.Трихомонацидные препараты: тиберал (орнидазол), трихопол (метронидазол), фазижин (тинидазол), макмирор, атрикан, осарсол и др. Лекарственные формы, схемы лечения (дозы, кратность назначения, длительность курса). Принципы лечения детей и подростков.

5.2 Разделы дисциплины (модуля), виды учебной деятельности и формы текущего контроля

№	№ семестра	Контролируемые компетенции	Наименование раздела дисциплины (модуля)	Виды деятельности (в часах)					Оценочные средства для текущего контроля успеваемости
				Л	ЛР	ПЗ	СРО	всего	
1	2		3	4	5	6	7	8	9
1	8	ОПК-9, ПК-5	Строение, функции кожи и слизистой полости рта. Основы диагностики болезней кожи: I и II	2		3	2	7	1 – собеседовани

			морфологические элементы.						е по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
2	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Пиодермиты: стафилококковые, стрептококковые, смешанные, хронические. Вирусные заболевания: простой пузырьковый и опоясывающий лишай.	**1**		**4**	**3**	**8**	1 – собеседовани е по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
3	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Грибковые болезни: отрубевидный лишай, трихофития, микроспория, кандидоз. Паразитарные заболевания..	**2**		**3**	**2**	**7**	1 – собеседовани е по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
4	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Дерматиты, токсикодермия и экзема.	**1**		**4**	**3**	**8**	1 – собеседовани е по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
5	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Туберкулёз кожи. Лепра. Лейшманиоз кожи.	**1**		**4**	**3**	**8**	1 – собеседовани е по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
6	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Псориаз, красный плоский лишай.	**1**		**4**	**3**	**8**	1 – собеседовани е по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
7	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-	Пузырчатка. Пемфигоид.	**2**		**3**	**2**	**7**	1 – собеседовани

		8	Дерматит Дюринга. Рубцующийся пемфигоид.						е по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
8	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Красная волчанка, склеродермия и многоформная экссудативная эритема.	**1**		**4**	**3**	**8**	1 – собеседование по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль
9	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Хейлиты: эксфолиативный, гландулярный, метеорологический, актинический, синдром Милькерсона - Розенталя. Хроническая трещина губы	**2**		**3**	**2**	**7**	1 – собеседование по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль
10	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Нейродерматозы. Атопический дерматит. Лишай Видаля. Крапивница.	**1**		**4**	**3**	**8**	1 – собеседование по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль
11	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Предраковые заболевания кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Болезнь Боуэна. Бородавчатый предрак. Ограниченный предраковый гиперкератоз. Абразивный преканкрозный хейлит Манганотти. Лейкоплакия, кератоакантома и кожный рог.	**2**		**2**	**2**	**6**	1 – собеседование по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль
12	**8**	ОПК-9, ПК-5	Сифилис – 1, 2 и 3 периоды	**2**		**2**	**3**	**7**	1 – собеседование по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;

13	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Сифилис – врожденный сифилис. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса	**2**		**2**	**2**	**6**	1 – собеседование по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль
14	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Гонорея, негонококковые уретриты.	**1**		**3**	**3**	**7**	1 – собеседование по теме ПЗ; 2 – тестовый контроль;
15	**8**	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	зачет			**6**		**6**	Собеседование по билетам
			ИТОГО:	**21**		**51**	**36**	**108**	

<u>Перечень практических навыков (умений), которые необходимо освоить студенту</u>

№	Умение	Осваиваемые компетенции
1	Осмотр красной каймы губ и слизистых оболочек полости рта.	ПК5
2	Пальпация, поскабливание, диаскопия	ПК-5
3	Воспроизведение и оценка дермографизма	ПК-5
4	Люминисцентная диагностика грибковых заболеваний	ПК-5
5	Проведение и оценка пробы Бальцера	ПК-5
6	Определение симптома Никольского	ПК-5
7	Определение симптомов (триады) псориаза	ПК-5
8	Исследование чешуек, волос, ногтей на грибы	ПК-5

9	Забор материала на бледную спирохету	ПК-5
10 11	Написание истории болезни пациента с заболеванием слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Заполнение экстренного извещения на больного чесоткой, микозами, вен.заболеваниями	ОПК-9 ОПК-9
12	Выписывание рецептов	ПК-8
13	Методика применения местных препаратов на красной кайме губ и слизистой оболочке полости рта (метиленовый синий, гель, примочки, пасты, крема, мази)	ПК-8

5.3 Название тем лекции с указанием количества часов

№ п/п	Раздел	Название тем лекций	Количество часов в семестре
8 семестр			
1.	**дерматология**	Строение, функции кожи и слизистой полости рта. Основы диагностики болезней кожи: I и II морфологические элементы.	**2**
2.	**дерматология.**	Пиодермиты: стафилококковые, стрептококковые, смешанные, хронические. Вирусные заболевания: простой пузырьковый и опоясывающий лишай.	**1**
3.	**дерматология**	Грибковые болезни: отрубевидный лишай, трихофития, микроспория, кандидоз. Паразитарные заболевания..	**2**

4.	**дерматология**	Дерматиты, токсикодермия и экзема.	**1**
5.	**дерматология**	Туберкулёз кожи. Лепра. Лейшманиоз кожи.	**1**
6.	**дерматология**	Псориаз, красный плоский лишай.	**1**
7.	**дерматология**	Пузырчатка. Пемфигоид. Дерматит Дюринга. Рубцующийся пемфигоид.	**2**
8.	**дерматология**	Красная волчанка, склеродермия и многоформная экссудативная эритема.	**1**
9.	**Дерматология**	Хейлиты: эксфолиативный, гландулярный, метеорологический, актинический, синдром Милькерсона - Розенталя. Хроническая трещина губы	**2**
10	**Дерматология**	Нейродерматозы. Атопический дерматит. Лишай Видаля. Крапивница.	**1**
11	**дерматология**	Предраковые заболевания кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Болезнь Боуэна. Бородавчатый предрак. Ограниченный предраковый гиперкератоз. Абразивный преканкрозный хейлит Манганотти. Лейкоплакия, кератоакантома и кожный рог.	**2**
12	**венерология**	Сифилис – 1, 2 и 3 периоды	**2**
13	**венерология**	Сифилис – врожденный сифилис. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса	**2**
14	**венерология**	Гонорея, негонококковые уретриты.	**1**
Итого			21

5.4 Название тем практических занятий с указанием часов

№ п/п	Раздел	Название тем практических занятий	Количество часов в семестре
8 семестр			
1.	**дерматология**	Строение, функции кожи и слизистой полости рта. Основы диагностики болезней кожи: I и II морфологические элементы.	**3**
2.	**дерматология.**	Пиодермиты: стафилококковые, стрептококковые, смешанные, хронические. Вирусные заболевания: простой пузырьковый и опоясывающий лишай.	**4**
3.	**дерматология**	Грибковые болезни: отрубевидный лишай, трихофития, микроспория, кандидоз. Паразитарные заболевания..	**3**
4.	**дерматология**	Дерматиты, токсикодермия и экзема.	**4**
5.	**дерматология**	Туберкулёз кожи. Лепра. Лейшманиоз кожи.	**4**
6.	**дерматология**	Псориаз, красный плоский лишай.	**4**
7.	**дерматология**	Пузырчатка. Пемфигоид. Дерматит Дюринга. Рубцующийся пемфигоид.	**3**
8.	**дерматология**	Красная волчанка, склеродермия и многоформная экссудативная эритема.	**4**
9.	**дерматология**	Хейлиты: эксфолиативный, гландулярный, метеорологический, актинический, синдром Милькерсона - Розенталя. Хроническая трещина губы	**3**
10	**дерматология**	Нейродерматозы. Атопический дерматит. Лишай Видаля. Крапивница.	**4**
11	**дерматология**	Предраковые заболевания кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Болезнь Боуэна. Бородавчатый предрак. Ограниченный	**2**

		предраковый гиперкератоз. Абразивный преканкрозный хейлит Манганотти. Лейкоплакия, кератоакантома и кожный рог.	
12	**венерология**	Сифилис – 1, 2 и 3 периоды	**2**
13	**венерология**	Сифилис – врожденный сифилис. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса	**2**
14	**венерология**	Гонорея, негонококковые уретриты.	**3**
15	**зачет**		6
Итого			51

5.5 Самостоятельная работа обучающегося дисциплине

№ п/п	**Контролируемые компетенции**	**Название тем лекций**	**Виды СРО**	**Количество часов в семестре**
8 семестр				
1.	ОПК-9, ПК-5	Строение, функции кожи и слизистой полости рта. Основы диагностики болезней кожи: I и II морфологические элементы.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию.	**2**
2.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Пиодермиты: стафилококковые, стрептококковые, смешанные, хронические. Вирусные заболевания: простой пузырьковый и	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию.	**3**

		опоясывающий лишай.		
3.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Грибковые болезни: отрубевидный лишай, трихофития, микроспория, кандидоз. Паразитарные заболевания..	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию.	**2**
4.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Дерматиты, токсикодермия и экзема.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**3**
5.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Туберкулёз кожи. Лепра. Лейшманиоз кожи.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**3**
6.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Псориаз, красный плоский лишай.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом. Подготовка к тестированию.	**3**
7.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Пузырчатка. Пемфигоид. Дерматит Дюринга. Рубцующийся пемфигоид.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом. Работа с историей болезни Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**2**

8.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Красная волчанка, склеродермия и многоформная экссудативная эритема.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом. Подготовка к тестированию.	**3**
9.	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Хейлиты: эксфолиативный, гландулярный, метеорологический, актинический, синдром Милькерсона - Розенталя. Хроническая трещина губы	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с лекционным материалом. Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**2**
10	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Нейродерматозы. Атопический дерматит. Лишай Видаля. Крапивница.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**3**
11	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Предраковые заболевания кожи, слизистой оболочки полости рта и красной каймы губ. Болезнь Боуэна. Бородавчатый предрак. Ограниченный предраковый гиперкератоз. Абразивный преканкрозный хейлит Манганотти. Лейкоплакия, кератоакантома и кожный рог.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**2**
12	ОПК-9, ПК-5	Сифилис – 1, 2 и 3 периоды	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию.	**3**

			Решение задач, выданных на ПЗ	
13	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Сифилис – врожденный сифилис. Диагностика, лечение и профилактика сифилиса	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**2**
14	ОПК-9, ПК-5, ПК-8	Гонорея, негонококковые уретриты.	Изучение учебной и научной литературы Подготовка к практическому занятию Работа с историей болезни Работа с лекционным материалом Подготовка к тестированию. Решение задач, выданных на ПЗ	**3**
Итого				36

6. ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ И ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ ПО ИТОГАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

6.1. Текущий контроль успеваемости:

Для текущего контроля успеваемости при проведении **ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ** по дисциплине используют следующие оценочные средства:

1. Собеседование по вопросам темы практического занятия – устно

ПРИМЕР!

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ

СОБЕСЕДОВАНИЕ ПО ВОПРОСАМ ТЕМЫ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ

Тема № 4. Дерматиты, токсикодермия и экзема

Коды контролируемых компетенций: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

Дерматиты от воздействия химических факторов, клиника, дифференциальная диагностика и лечение..

1. Клинические формы дерматитов и особенности их проявления у детей.
2. Контактные дерматиты, клинические разновидности, течение, диагностика, лечение, профилактика.
3. Дерматиты, медикаментозные, клинические формы, методы диагностики, лечения, токсикодермии.
4. Дерматиты профессиональные, их клинические формы, течение, диагностика, лечение, профилактика.
5. Токсикодермия, этиология, патогенез, клинические разновидности, диагностика, лечение.
6. Экзема. Этиология, патогенез, клинические разновидности, поражение слизистой оболочки.

7.Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз).

8.Экзема истинная, клиника, диагностика, лечение, вопросы диспансеризации.

Критерии оценки текущего контроля успеваемости

(собеседование по вопросам темы практического занятия):

✓ «Отлично»:

Студент имеет глубокие знания учебного материала по теме практического занятия, сформулировал полный и правильный ответ на вопросы темы занятия, с соблюдением логики изложения материала, показывает усвоение взаимосвязи основных понятий используемых в работе, смог ответить на все уточняющие и дополнительные вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия.

✓ «Хорошо»:

Студент показал знание учебного материала, усвоил основную литературу, смог ответить почти полно на все заданные дополнительные и уточняющие вопросы. Студент демонстрирует знания теоретического и практического материала по теме занятия, допуская незначительные неточности.

✓ «Удовлетворительно»:

Студент в целом освоил материал практического занятия, ответил не на все уточняющие и дополнительные вопросы. Студент затрудняется с правильной оценкой предложенной задачи, даёт неполный ответ, требующий наводящих вопросов преподавателя.

✓ «Неудовлетворительно»:

Студент имеет существенные пробелы в знаниях основного учебного материала практического занятия, полностью не раскрыл содержание вопросов, не смог ответить на уточняющие и дополнительные вопросы. Студент даёт неверную оценку ситуации, неправильно выбирает алгоритм действий. Неудовлетворительная оценка выставляется студенту, отказавшемуся отвечать на вопросы темы практического занятия.

2. Вопросы тестового контроля – письменно

ПРИМЕР!

ТЕКУЩИЙ КОНТРОЛЬ УСПЕВАЕМОСТИ – ТЕСТЫ

Тема №3. Грибковые заболевания кожи: эпидермомикозы, кандидозы и трихомикозы. Паразитарные болезни кожи.

Коды контролируемых компетенций: ОПК-9, ПК-5, ПК-8

ВАРИАНТ 1

1)К трихомикозам относятся все перечисленные, кроме:

!фавуса

!+актикомикоза

!трихофитии

!микроспория

!+кандидоза

2)Гладкая кожа, пораженная микроспорумом, имеет:

!+отечные инфильтрированные пятна с четкими границами

!+по периферии имеются везикулы с корко-чешуйками

!имеются пустулы, фурункулы

!+элементы кольцевидные, наличие "ирис"

!все перечисленное

3)Укажите, где обитают паразитирующие грибы, кроме:

!в почве

!на растениях

!+в воде

!на животных

!на человеке

4)Укажите условия, благоприятствующие

для перехода сапрофитирующей грибковой

флоры в патогеннус:

!изменение химизма РП и водно-липидной

мантии

!детская кожа, отличающаяся

недостаточной плотностью и

компактностью рогового слоя, эпидермиса

!нарушения эндокринной системы

!нарушения иммуной системы

!+все перечисленные

5)Какие вторичные изменениякожи остаются на месте пятен при отрубевидном лишае-кератоникозе:

!гиперпигментация

!+вторичная псевдолейкодерма

!отрубевидное шелушение

!рубец

!рубцовая атрофия

6)Применение наиболее эффективного лечения при отрубевидном лишае:

!+использование наружного лечения спиртовыми растворами и мазевое

!+низорал внутрь 2-3 недели

!УФО-терапия

!дезинфекция белья и одежды

!лечение сопутствующих заболеваний

7)Укажите этиопатогенез эритразмы:

!кандида альбиканс

!+коринбактерия

!стафилококк

!+наличие потливости и ощелачивания водно-липидной мантии кожи

!+наличие диабета, ожирения

8)укажите критерии диагностики

эритразмы, кроме:

!микроскопического подтверждения о

наличии коринбактерий

!+наличия повышенной температуры тела

!характерной локализации в больших

складках кожи (пахово-бедренных и др.)

!наличия красно-бурых или желто-бурых

пятен с полициклическими краями

!наличия зуда и жжения при наличии

ожирения, диабета и др. осложнений

9)Какие препараты применяются при лечении эритразмы:

!+анилиновые краски

!+5-10% эритромициновая мазь, крем "Клотримазол"

!+бефиназол, октицил

!детский крем

!витаминный крем

10)Патогенетические факторы, способствующие развитию эпидермофитии стоп:

!+потертости, опрелости, мацерация кожи стоп

!+плоскостопие, повышенная потливость стоп

!+вегетодистония, висцеропатия

!аллергия

!наследственнная передача

Критерии оценки текущего контроля успеваемости (тесты):

- ✓ «Отлично»:
  100-90%
- ✓ «Хорошо»:
- ✓ 89-70%
- ✓ «Удовлетворительно»:
- ✓ 69-51%
- ✓ «Неудовлетворительно»:
- ✓ <50%

2. Реферат – письменно

ПРИМЕР!

ТЕМА 1. Роль сальных желез кожи лица и волосистой части головы.

Коды контролируемых компетенций: **ОПК-9, ПК-5**

Критерии оценивания реферата:

«4-5» выставляется, если:

- работа сдана в указанные сроки, обозначена проблема и обоснована её актуальность, сделан краткий анализ различных точек зрения на рассматриваемую проблему, логично изложена собственная позиция, сформулированы выводы, раскрыта тема реферата, выдержан объем, соблюдены требования к внешнему оформлению;

«3» выставляется, если:

- основные требования к реферату выполнены, но при этом допущены недочеты, например: имеются неточности в изложении материала, отсутствует логическая последовательность в суждениях, объем реферата выдержан более чем на 50%, имеются упущения в оформлении;

«2» выставляется, если:

- тема не раскрыта, обнаруживается существенное непонимание проблемы, допущены грубейшие ошибки в оформление работы;

- реферат студентом не представлен.

6.2. Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины:

Промежуточная аттестация по итогам освоения дисциплины проводится в виде **ЗАЧЕТА** в 8 семестре. Зачет проводится устно в форме собеседования по билетам. В билете содержатся вопросы и ситуационные задачи.

1. Собеседование по билетам – устно

ПРИМЕР!

ПЕРЕЧЕНЬ ВОПРОСОВ ДЛЯ ЗАЧЕТА

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

1. Возрастная эволюция кожи и её особенности у детей, взрослых и стариков

2. Внутриутробное формирование эпидермиса, дермы и гиподермы.
3. Физиологическое и защитное значение целостности кожи.
4. Строение и функции мальпигиева слоя кожи.
5. Кератин и его физиологическое значение.

6. ……..

7. .....

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ ЗАЧЕТА

ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

Задача 1. На коже лица больного располагаются сгруппированные, возвышающиеся над уровнем кожи бесполостные элементы, размером 0,5 х 0,5 см округлой формы, среди них располагаются такой же величины язвочки, покрытые корочками и мелкие рубцы различной окраски – синюшной и бурой. Какие первичные морфологические элементы имеются у больного и с какими элементами их надо дифференцировать?

Задача 2.На прием к врачу обратился больной, у которого на коже лица и волосистой части головы располагаются корки желтовато-зеленого цвета. Из каких морфологических элементов они образовались?

Задача 3. На коже груди у больного имеются многочисленные эрозии размером 0,3 х 0,2 см с округлыми краями. К первичным или вторичным морфологическим элементам они относятся и их исход?

Задача 4. ……

Задача 5…….

Критерии оценки промежуточной аттестации по итогам освоения дисциплины

(ЗАЧЕТ)

Семестр	**«не зачтено»**	**«зачтено»**

7	Оценку **«не зачтено»** заслуживает студент, демонстрирующий менее 50% знаний ос-новного материала предусмотренного Программой по дерматовенерологии. Изложение материала непоследовательно, нелогично, имеет грубые ошибки, недочеты, неточности. При видоизменении задания студент затрудняется с ответом, не справляется даже под руководством преподавателя.	Оценку **«зачтено»** заслуживает студент, демонстрирующий не менее 50% знаний ос-новного материала предусмотренного Программой по дерматовенерологии, но не усво-ивший его деталей. Изложение материала последовательно, грамотно. Показаны знания основной литературы по данному предмету, в обосновании принятых решений даны не полные ответы. При видоизменении задания студент справляется, но при этом допускает 2-3 недочета.

ФГБОУ ВО ДГМУ **Кафедра кожных и венерических болезней**

Минздрава России **Специальность: врач общей практики**

Дисциплина «Дерматовенерология»

БИЛЕТ № 1 *(ОБРАЗЕЦ!!!)*

1. Строение собственно кожи.

2. Лепра, лепроматозная. Клиника, диагностика, лечение. Лепрозорий.

3. Атипичные формы твердого шанкра. Превентивное лечение.

4. Клинические формы хронического гонорейного простатита, терапия. Уровни профилактических мероприятий.

Задача. На коже разгибательных поверхностей плеч, предплечий, бедер и голеней у больного имеются белые пятна округлой формы, различных размеров, поверхность их слегка шелушится. Крупные пятна имеют фестончатые границы. Рядом располагаются папулезные элементы и бляшки. Можно ли определить являются ли депигментированные пятна

первичными или вторичными и какой их характер у данного больного?

Утвержден на заседании кафедры, протокол № 1 от «28» августа 2019 г.

Заведующий кафедрой: Гаджимурадов М.Н. д.м.н., доцент, зав. кафедрой _____

(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность) *(подпись)*

Составители:

Гаджимурадов М.Н. д.м.н., доцент, зав. кафедрой / _____

(ФИО, ученая степень, ученое звание, должность) *(подпись)*

М.П.

«30» августа 2019 г.

УРОВЕНЬ УСВОЕНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

«Дерматовенерология»

Компетенции не освоены	По результатам контрольных мероприятий получен результат менее 50%	Не получены ответы по вопросам строения, функции кожи, морфологические элементы, воспаление в коже, диагностика и течение сифилиса.
Базовый уровень	По результатам контрольных мероприятий получен результат 50-69%	Ответы на вопросы и решения поставленных задач недостаточно полные. Логика и последовательность в решении задач имеют нарушения. В ответах отсутствуют выводы.
Средний уровень	По результатам контрольных мероприятий получен результат 70-84%	Даются полные ответы на поставленные вопросы. Демонстрирует клиническое мышление, показано умение выделять причинно-следственные связи. При решении задач допущены незначительные ошибки, исправленные с помощью «наводящих» вопросов преподавателя.
Продвинутый уровень	По результатам контрольных мероприятий получен результат выше 85%	Ответы на поставленные вопросы полные, четкие, и развернутые. Решения задач логичны, доказательны и демонстрируют клиническое мышление и аналитические

		способности студента.

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

7.1. ПЕРЕЧЕНЬ ОСНОВНОЙ И ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ, НЕОБХОДИМОЙ ДЛЯ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Основная литература

1. Дерматовенерология [Электронный ресурс]: учебник / В.В. Чеботарёв, М.С. Асхаков.- М.:ГЭОТАР-Медиа,2016. - http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435670.html

7.2. Дополнительная литература

1. Вирусные болезни [Электронный ресурс]: учебное пособие / под ред. Н. Д. Ющука. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 640 с. - ISBN 978-5-9704-3584-7 - Режим доступа: http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970435847.html
2. Дерматовенерология. Разноуровневые задания для формирования клинического мышления [Электронный ресурс]: учебное пособие / Асхаков М.С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 160 с. - ISBN 978-5-9704-4663-8 –http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446638.html
3. Гаджимурадов М.Н. Основы профилактики в дерматовенерологии. Учебное пособие для студ. мед. вузов России.- М: Изд. ООО «НИЦ ИНФРА-М»., 2018; 96 с.

7.3.. ПЕРЕЧЕНЬ РЕСУРСОВ ИНФОРМАЦИОННО-ТЕЛЕКОММУНИКАЦИОННОЙ СЕТИ «ИНТЕРНЕТ»

№	Наименование ресурса	Адрес сайта
1.	PubMed MEDLINE	http://www.pubmed.com
2.	Google scholar	http://scholar.google.com
3.	Scirus	http://www.scirus.com/srapp
4.	Новости медицины	info@univadis.ru
5.	Вопросы здравоохранения. Информация о ВОЗ	http://www.who.int/en/
6.	Российское **общество дерматовенерологов и косметологов**	http://www.rodv.ru

7.	Министерство образования и науки РФ	http://минобрнауки.рф
8.	Министерство здравоохранения РФ	http://www.rosminzdrav.ru
9.	Министерство здравоохранения РД	http://minzdravrd.ru
10.	Научная электронная библиотека КиберЛенинка	http://cyberleninka.ru
11.	Электронная научная библиотека	https://elibrary.ru/defaultx.asp
12.	Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)	http://feml.scsml.rssi.ru
13.	Univadis®: международный информационно-образовательный портал, помогающий врачам всего мира оставаться на передовом рубеже в своих специальностях.	http://www.medlinks.ru/
14.	Медицинская поисковая система	http://www.medinfo.ru/
15.	**Адрес страницы кафедры.**	https://dgmu.ru/fakultety/pediatricheskij-fakultet/kozhnyh-i-venericheskih-boleznej/
16.	Факультет фундаментальной медицины МГУ им. М. В. Ломоносова (публикации).	http://www.fbm.msu.ru/sci/publications/
17.	Справочник лекарств.	http://www.rlnet.ru/
18.	Электронная библиотека РФФИ.	http://www.rfbr.ru/
19.	Государственная центральная научная медицинская библиотека.	http://www.scsml.ru//
20.	Недуг.ру (медицинская информационная служба).	http://www.nedug.ru/
21.	Библиотеки в интернет.	http://guide.aonb.ru/libraries1.htm
22.	Наука и образование в интернет.	http://guide.aonb.ru/nauka.htm
23.	Электронная библиотека учебников.	http://studentam.net
24.	Библиотека.	www.MedBook.net.ru
25.	Электронные медицинские книги.	http://www.med.book.net.ru/21shtm
26.	Портал учебники – бесплатно РФ.	http://учебники-бесплатно.рф/http://sci-book.com/

8.ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

При реализации рабочей программы дисциплины «Дерматовенерология» используются

различные образовательные технологии. Аудиторные занятия проводятся в виде лекций с использованием цифрового проектора, практических занятий на кафедре кожных и венерических болезней, с использованием ПК, муляжей. Самостоятельная работа студентов проводится под руководством преподавателей, с оказанием консультаций и помощи при подготовке к промежуточному и текущему контролю, выполнении домашних заданий.

Для успешного освоения дисциплины «Дерматовенерология» в программе курса используются следующие образовательные и информационные технологии:

1. Видеофильм. Обеспечивает наглядность изучаемой проблемы, поддерживает интерес к предмету обсуждения, сопровождается комментариями преподавателя.

2. Ролевая игра. Позволяет в игровой форме воспроизвести симптомы заболевания, отработать действия врача, этапы оказания врачебной помощи.

3. Занятия с использованием муляжей, привлечением пациентов стационара, оборудования лабораторного отделения РКВД. Каждый студент имеет возможность самостоятельно выполнить практические навыки, оценить результат.

4. Посещение врачебных конференций, консилиумов. «Погружает» студента в непосредственную клиническую среду, показывает применение полученных теоретических знаний на практике, приближает студента к больному, облегчает запоминание симптоматики, диагностики и методов лечения.

5. Мастер-классы. Преподаватель во время работы в отделении демонстрирует методы обследования кожи и слизистых оболочек полости рта, лечения - обучает им студентов на больных. Проводит разбор сложных случаев с использованием историй болезни дерматологических и венерологических больных, студенты присутствуют на утренних конференциях и обходах больных. При этом обучающиеся усваивают врачебную логику, клиническое мышление, видят непосредственную работу врачей, «погружаются» в дисциплину.

9. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

приложение к п.7 таблицы

«Сведения о материально-техническом обеспечении,

необходимом для осуществления

образовательного процесса по дисциплине»

(далее приложение к п.7)

приложение к п.7- оснащенность специальных помещений ГБУ РД РКВД, предназначенного для освоения практических навыков (перечень медицинской техники (оборудования)

№ п/п	Наименование медицинской техники (оборудования)	Количество
1	Микроскоп бинокулярный	10
2	Центрифуга	2
3	Термостат суховоздушный ТВ-80-1	4
4	Кресло урологическое	4
5	Аквадистиллятор ДЭ-10	1
6	Анализатор биохимический ROKI	1
7	Апп-т диагн. УФД1	1
8	Бактерецидный облучатель1	4
9	Восьмикон. микропипетка	5
10	Гемоглобинометр Мини ГЕМ 540	2
11	Глюкометр''Аккут''	1
12	Наст. лаб. центр ОПН-3	1
13	Облучатель ОБН-1504	1
14	Пипетка 8-кан.[50-300мкл]	2
15	Центрифуга ОПН-80	1
16	Шкаф сушильный	2
17	Весы лабораторные1	2
18	Радиоволновой электрохирургический аппарат "Surgitron EMC"	1
19	Иммуноферм-й анализатор	1
20	Анализатор "Униплан"	1
21	Wosher с насосами	1
22	Электрокардиограф трехканальный	1
23	Электрофорез "Поток-1"	1
24	Установка Пува	1

25	Аппарат "Искра-1"	1
26	Аппарат "Тонус-1"	1
27	Детский электроотсос 7Е	1
28	Осветитель диагностический Лампа Вуда	1
29	Облучатель бактерецидный перед.	1
30	TECAN SANPISE иммуноферм-й анализатор1	1
31	Аппарат д/леч. уретритов1	1
32	Мед. оборуд-е по оч.воды	1

Образовательный процесс обеспечен также : центрифуга для крови, микроколориметр, спектрофотометр, принтер, копировальный аппарат, оптический микроскоп ММ-IB2ip 15, принтер лазерный, экран Drapper Consul. Аппарат УВЧ-66, диапроектор-60, кинокамера Кварц, микропипетки 8, 85 таблиц, беспроводной доступ в интернет (Wi-Fi*).*

Сведения о материально-техническом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№ п/п	**Адрес (местоположение) здания, строения, сооружения, помещения**	**Собственность или оперативное управление, хозяйственное ведение, аренда, субаренда, безвозмездное пользование**	**Наименование дисциплины**	**Назначение оснащенных зданий, сооружений, помещений*, территорий с указанием площади (кв.м.)**	Наименование специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы	Перечень лицензионного программного обеспечения. Реквизиты подтверждающего документа
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**
1	Г.Махачкала, ул. Санитарная 53, ГБУ РД РКВД	аренда	дерматовенерология	• Лекционный зал, на 120 посадочных мест 64.1 м2 Для практических занятий: • Учебные комнаты №1 на 16 посадочных мест 14.3 м2	Лаборантская, на 12 посадочных мест 11.8 м2 Комната для самостоятельной	Персональные компьютеры-2; Ксерокс Canon FC-128 ; Оверхед проектор-1; Принтер лазерный HPLJ-1; МФУ hp LaserJet	Win HOME 10 Russian OLP (Сублицензионный договор Tr000044429 от 08.12.15г.); Kaspersky Edition Security для бизнеса – Стандартный Russian Edition. 100-149 Node (Лицензионный договор №

				• Учебные комнаты №2 на 16 посадочных мест 22.4 м2 • Учебные комнаты №3 на 14 посадочных мест 16.8 м2 • Учебные комнаты №4 на 35 посадочных мест 22.7 м2 • Учебные комнаты №5 на 16 посадочных мест 16.1 м2 • Учебные комнаты №6 на 16 посадочных мест 25.6 м2	работы 6,5 м2	Pro-1; ноутбук Acer; ноутбук ASUS; Мультимедиа проектор TOSHIBA; *микроскоп «микмед-2»; электронный цифровой фото-архив дерматозов (свыше 500 фото-рисунков); 115 муляжей* (приложение к таблице)	1081-2015 от 14.10.2015г); Office ProPlus 2013 RUS OLP NL Acdmc (договор №ДП-026 от 16.10.13г)

10. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Сведения о кадровом обеспечении, необходимом для осуществления образовательного процесса по дисциплине

№	ФИО преподавателя	Условия привлечения (штатный, внутренний совместитель, внешний совместитель, по договору)	Занимаемая должность, ученая степень/ ученое звание	Перечень преподаваемых дисциплин согласно учебному плану	Образование (какое образовательн ое учреждение профессиональ ного образования окончил, год)	Уровень образования, наименование специальности по диплому, наименование присвоенной квалификации	Объем учебной нагрузки по дисциплине (доля ставки)	Сведения о дополнительном профессиональ-ном образовании, год		Общий стаж работы	Стаж практической работы по профилю образовательной программы в профильных организациях с указанием периода работы и должности
								спец	пед		
1	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	Гаджимурадов Марат Нурмагомедович	штатный	заведующий кафедрой, д.м.н.,доцент	дерматовенерология	ДГМИ МЗ РФ, 1990	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	1 ставка	2015	2016	23	22г,01.08.1992 –лаборант, ассистент (22,17.10.1997), доцент (29.05.2002), заедующий (28.10.2015), ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ
2	Мугутдинова Амина Сагадулаевна	штатный	ассистент, заведующая учебной частью, к.м.н.	дерматовенерология	ГБОУ ВПО ДГМА МЗ РФ, 2005	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	1 ставка	2017	2015	4	4, с 01.0902014 - ассистент, и по наст время ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ
3	Мамашева Гюзель Данияловна	штатный	ассистент, к.м.н.	дерматовенерология	ГБОУ ВПО ДГМА МЗ РФ, 2006	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,75 ставки	2017	2017	6	6л, с 18.01.2013 – ассистент, по наст время, ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ
4	Алиева Мадина Гаджиевна	штатный	ассистент	дерматовенерология	ГБОУ ВПО ДГМА МЗ РФ, 2008	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	1 ставка	2015	2018	5	5л, с 27.10.2014 – ассистент, по наст время, ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ

5	Алиева Папу Магомедовна	штатный	Профессор, д.м.н.	дерматовенерология	ДГМИ МЗ РФ, 1975	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	1 ставка	2015	-	34	34г, 17.11.1992-ассистент,29.12.1993-профессор, завед - 29.06.1994, 17.11.2015-профессор ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ
6	Магомедова Амина Магомедовна	внутренний совместитель	К.м.н., доцент	дерматовенерология	ДГМИ МЗ РФ, 1995	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ставки	2014	2018	15	15г,01.09.2004-ассистент, 30.01.2009 -доцент ДГМИ МЗ РФ, ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ
7	Джалилова Динара Нурмагомедовна	внешний совместитель	К.м.н., Доцент	дерматовенерология	ДГМИ МЗ РФ, 1997	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ставки	2015	2015	22	22г, 01.09.1998 –врач ГБУ РД РКВД,01.09.2006-ассистент, 22.02.2017 - доцент ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ
8	Муслимов Магомед Омарович	внутренний совместитель	ассистент	дерматовенерология	ДГМИ МЗ РФ, 2003	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	0,5 ставки	2018	-	13	13л, 01.09.2005 – лаборант, ассистент(03.12.12), ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ
9	Джумалиева Маида Джамиевна	штатный	К.м.н., доцент	дерматовенерология	ДГМИ МЗ РФ, 1961	Специалитет, лечебное дело, врач-лечебник	1 ставка	2018	2016	53	53г, 10.10.1966 – ассистент. 29.06.1994-доцент ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ

1. **Общее количество научно-педагогических работников, реализующих дисциплину - 10 чел.**
2. **Общее количество ставок, занимаемых научно-педагогическими работниками, реализующими дисциплину - 7,75 ст.**

Пример расчета доли ставки: 1 ставка = 900 учебных часов. У преподавателя по данной дисциплине 135 часов.
Таким образом, 135 : 900 = 0,15 - доля ставки

11.Лист регистрации изменений в рабочей программе

Учебный год	Дата и номер извещения об изменении	Реквизиты протокола	Раздел, подраздел или пункт рабочей программы	Подпись регистрирующего
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				
20 - 20				