

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего
образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра Дерматовенерологии

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ
САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ (ВНЕАУДИТОРНОЙ) РАБОТЫ**

по Дерматовенерологии

основной профессиональной образовательной программы высшего
образования – программы специалитета по специальности
31.05.03 Стоматология

Методические рекомендации предназначены для внеаудиторной самостоятельной работы
студентов 5 курса (9 семестр) стоматологического факультета
(ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России)
по дерматовенерологии

Составители: д.м.н. В.Т. Базаев, к.м.н.,Беликова З.Ф., к.м.н. Кобаидзе Л.М.

Рецензенты:

* зав. каф. акушерства и гинекологии №1, д.м.н. профессор Л.В. Цаллагова

* зав. каф. микробиологии, д.м.н. профессор Л.Я. Плахтий

СОДЕРЖАНИЕ:

1	Анатомия и гистология нормальной кожи. Основная гистопатология	3
2	Первичные и вторичные элементы сыпи. Специальные дерматологические методы исследования. Свойства	6
3	элементов сыпи. Принципы общего и местного лечения дерматозов. Лекарственные формы наружной терапии.	11
4	Пиодермии, чесотка, педикулёз	14
5	Лихены: псориаз, красный плоский и розовый лишай	21
6	Экзема, дерматиты, крапивница и атопический дерматит	26
7	Вирусные дерматозы	31
8	Пузырные дерматозы: пемфигус, болезнь Дюринга и пемфигоид	34
9	Микозы	39
10	Общее течение сифилиса. Первичный и вторичный периоды приобретенного сифилиса	42
11	Третичный и врождённый сифилис	51
12	Гонорея, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, бактериальный вагиноз	58
13	Амбулаторный приём кожных и венерических больных	68

Тема № 1: "АНАТОМИЯ И ГИСТОЛОГИЯ НОРМАЛЬНОЙ КОЖИ. ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ"

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Слои кожи
2. Признаки воспаления
3. Патогистологические процессы в коже при воспалении
4. Жизненные функции кожи

II. Целевые задачи

<p>Студент должен знать:</p> <p>1. <i>Строение кожи.</i> Общая характеристика 1.С кожи(площадь,толщина,рисунок, КОЖНЫЕ И дактилоскопия, дерматоглифика). Строение эпидермиса (базальный, шиловидный, зернистый, блестящий, роговой слой), дермы (сосочковый и сетчатый слой; волокна, клеточные элементы, аморфное вещество), 3. подкожно-жировой клетчатки. Клетки ДЕРМАН Лангерганса и Гринштейна, их функция. 79 с.(имеется на кафедре)</p> <p>Пигментыкожи(меланин,каротин, трихосидерин). Кровоснабжение (поверхностная и глубокая артериальные, венозные сети) и иннервация (инкапсулированные и не инкапсулированные нервные окончания) кожи.</p> <p>2. <i>Придатки кожи.</i> Сальные железы (размеры, I строение, свободные и связанные, тип ДЕТСКОЙ секрети, изменение секреции с возрастом, функции, заболевания).</p> <p>Потовые железы (мерокриновые и апокриновые; их строение; типы секреции; функции; заболевания). Волосы и волосяной199 фолликул (строение, заболевания).</p> <p>Ногти (строение, заболевания).</p> <p>3. <i>Особенности строения кожи у детей.</i> справоч</p> <p>4. <i>Функции кожи.</i> Защитная, дыхательная, 104 иммунная,резорбционная,секреторная, экскреторная,рецепторная,участиев терморегуляции и обменных процессах.</p> <p>5. <i>Патоморфологические изменения в коже.</i> Ру Вакуольная, баллонизирующая и паренхиматозная дегенерации, спонгиоз, акантолиз, эпидермолиз, акантоз, папилломатоз, гиперкератоз, паракератоз, гранулез.</p> <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Найти в препаратах кожи все слои 2. Отличить гистологически измененную кожу от нормальной. 3. Найти в гистологическом препарате участки патологии. 4. Описать гистологический препарат кожи. 	<p>Основная литература:</p> <p>Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с.</p> <p>2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ.Атлас. 1982. – 288 с.</p> <p>Бетрозов В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – (имеется на кафедре)</p> <p>4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руков. под ред. проф. А.А. Студницина. Москва, 1983. – 559 с.</p> <p>Дополнительная литература:</p> <p>1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Я., Студницин А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с.</p> <p>2. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н. Мордовцева. Москва, 1999. Том 1- 879 с, том 2- 879 с.</p> <p>3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – ник. Перевод с англ. Москва, 1999. – 4 с.</p> <p>4. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.</p> <p>5. КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. Руководство для врачей под редакцией акад. РАМН Ю.К.Скрипкина, проф. Ю.С.Бутова. Москва, 2009 г. Том 1 – 713 с, том 2 – 921 с.</p>
--	---

Вопросы для самоконтроля знаний:

1. Каково анатомическое строение кожи?
2. Какая гистологическая структура кожи?
3. Как устроены потовые и сальные железы? их расположение? особенности их функции в коже?
4. Каковы особенности строения и разновидности волос?
5. Особенности строения слизистой ротовой полости
6. Нервный аппарат кожи и виды кожной чувствительности
7. В чём заключается защитная, секреторная, терморегулирующая и обменная функции кожи?
8. Сущность проницаемости кожи?

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Слои эпидермиса и дермы (назвать последовательно и по латыни)
2. Характеристика каждого слоя эпидермиса и дермы
3. Волосы и их строение
4. Строение потовых и сальных желёз
5. Кровоснабжение и иннервация кожи
6. Основная гистопатология кожи
7. Возможные пролиферативные и экссудативные процессы в коже
8. Внесите в текст необходимые слова:

1. Эпидермис отделяет от сосочкового слоя дермы ...
2. За тактильную чувствительность кожи отвечают ...
3. В температурной чувствительности кожи принимают участие ...
4. Дегенеративные механизмы возникновения пузырька: ...
5. При гистологическом исследовании пузыря обнаруживают ...

**Тема № 2: "ПЕРВИЧНЫЕ И ВТОРИЧНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ.
СПЕЦИАЛЬНЫЕ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ. СВОЙСТВА ЭФЛОРЕСЦЕНЦИЙ"**

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Какие элементы сыпи являются первичными и вторичными?
2. Какие элементы полостные?
3. Глубокозалегающие эфлоресценции
4. Элементы сыпи, оставляющие при своей эволюции рубец и рубцовую атрофию
5. Знание каких свойств необходимо для установления первичных элементов сыпи.

II. Целевые задачи.

<p>Студент должен знать:</p> <p>1. СЫПЬ. <i>1. Определение сыпи.</i> Классификация элементов сыпи: первичные (полостные, бесполостные и др.) и вторичные. <i>2. Первичные бесполостные морфологические элементы.</i> Пятно (macula): определение, сосудистые: воспалительные (эритема, розеола), невоспалительные (паралитические телеангиэктазии, эмоциональные, сосудистые родимые пятна); геморрагические (петехия, пурпура, вибицес, экхимоз); пигментные (гипер- и гипохромные, смешанные) 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.</p>	<p>Основная литература:</p> <p>1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с. 2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с. 3. Бетрозов В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре) 4. В.Т.Бетрозов. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ, СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ. Владикавказ, 2008. - 33 с.</p> <p>Дополнительная литература:</p> <p>1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г..Я., Студницин А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с. 2. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мордовцева. Москва, 1999.</p>
---	--

<p>3. <i>Первичные полостные морфологические элементы.</i> Пузырек (vesicula), пузырь (bulla): определение, динамика разрешения Гнойничок (pustula): определение, клинические разновидности (импетиго, фликтена, эктима, рупия), динамика разрешения.</p> <p>4. <i>Вторичные морфологические элементы.</i> Чешуйка (squama): определение, варианты по размеру (муковидные, отрубевидные, пластинчатые, листовидные). Корка (crusta): определение, варианты по эксудату (серозные, гнойные, геморрагические, смешанные). Трещина (fissura, rhagas): определение, варианты по глубине залегания. Рубец (cicatrix): определение, клинические варианты (нормо-, гипер- и атрофические). Экскориации (excoriatio), поверхностные и глубокие, эрозия (erosio), язва (ulcus), лихенификация (lichenificatio), вегетация (vegetationes), пигментация (pigmentatio), рубцовая атрофия.</p> <p>5. <i>Понятие о мономорфизме и полиморфизме высыпаний (истинном и ложном).</i></p> <p>11. МЕТОДИКА ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ</p> <p>1. <i>Особенности обследования дерматологических больных.</i> Обязательный осмотр всего кожного покрова и слизистых оболочек. Соблюдение определенной последовательности обследования: выяснение жалоб - предварительный осмотр - сбор анамнеза болезни - установление анамнеза жизни и затем - окончательный осмотр с использованием инструментальных методов.</p> <p>2. <i>Принципы деонтологии в дерматологии.</i></p> <p>3. <i>Симптомокомплекс кожных заболеваний.</i> Субъективные симптомы - зуд, жжение, боль, покалывание, вялость, слабость, недомогание, повышение температуры, головные боли, озноб, артралгии и т.д. Объективные симптомы: состояние кожного покрова в целом (окраска, пигментация, эластичность, тургор кожи, состояние потовых 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).</p> <p>4. <i>Методы диагностики кожных заболеваний.</i></p>	<p>Том 1-879 с, том 2-879 с. 3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – справочник. Перевод с английского. Москва, 1999. – 1044 с. 4. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с. 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. Руководство для врачей под редакцией акад. РАМН Ю.К.Скрипкина, проф. Ю.С.Бутова. Москва, 2009 г. Том 1 – 713 с, том 2 – 921 с.</p>
--	--

<p>Инструментальные (осмотр под люминесцентной лампой Вуда, определение дермографизма, кожных аллергических проб и т.д.), бактериоскопические, бактериологические, гистологические, цитологические, иммунологические, общеклинические методы.</p>	
<p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Выявить и определить первичные и вторичные элементы сыпи. 2. Определить свойства первичных элементов сыпи: их рельеф, консистенцию, механизм возникновения, наличие полости, глубину залегания. 3. Уметь проследить эволюцию первичных элементов. 4. Описать локальный статус на коже больного. 5. Для диагностики провести диаскопию, пальпацию, поскабливание, дермографизм, мышечно-волоско-вый рефлекс, метод надавливания пуговчатым зондом. 	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме.

1. Специальные методы исследования в дерматовенерологии.

2. Методика и техника определения первичных элементов сыпи.

3. Почему деление на первичные и вторичные элементы условно?

4. Классификации первичных элементов сыпи

5. Клинические варианты элементов сыпи

6. Перечислите отличия пятна от папулы, папулы от бугорка, бугорка от узла, пузырька от пузыря, волдыря от папулы.

7. Допишите в текст необходимые слова:

Υ поверхностными первичными элементами являются ...

Υ рубец при своей дальнейшей эволюции образуют ...

Υ язва – результат развития ...

8. Найдите ошибки в тексте: «Бугорок – это поверхностный, бесполостной, рельефный элемент сыпи, залегающий в сосочковом слое, приводящий к образованию эрозии, язвы и рубца»

9. Заполните две дифференциально-диагностические таблицы:

Характеристика первичных элементов сыпи:

Характеристика	Рельефность	Полость	Механизм возникновения		Глубина залегания			Исход		
			инfiltrативный	экссудативный	эпидермис	дерма		бесследный	рубец	рубцов. атрофия
						сосочковыйслой	сетчатыйслой			
Элементы							иподерма			
Пятно										
Папула										
Бугорок										
Узел										
<i>Пузырёк</i>										
<i>Пузырь</i>										
<i>Волдырь</i>										
<i>Импетиго</i>										
<i>Эктима</i>										

Эволюция первичных элементов сыпи:

Вторичные элементы	Вторичнаяиментация	Чешуйка	Трещина	Экскориация	Лихенификация	Эрозия	Язва	Корка	Вегетация	Рубец	Рубцоваяатрофия
Первичн. элементы											
Пятно											
Папула											
Бугорок											
Узел											
<i>Пузырёк</i>											
<i>Пузырь</i>											
<i>Волдырь</i>											
<i>Импетиго</i>											

Экзима											
--------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Тема № 3: "ПРИНЦИПЫ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДЕРМАТОЗОВ. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ НАРУЖНОЙ ТЕРАПИИ"

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Виды общей терапии
2. Виды наружно применяемых лечебных форм
3. Наружные формы для лечения острого воспаления в коже
4. Формы наружных лекарственных средств для лечения дерматозов в хроническое стадии
5. Какие проблемы должен решить дерматолог, приступая к лечению больного?

II. Целевые задачи.

<p>Студент должен знать: II. Принципы лечения дерматозов <i>1. Общая терапия.</i> Этиотропная (специфическая), патогенетическая, симптоматическая. Виды общей терапии: режим, диетотерапия, антибактериальная, противовирусная, противогрибковая, гипосенсибилизирующая, гормональная, иммунокорректирующая, дезинтоксикационная, фотогипосенсибилизирующая, стимулирующая терапия, витаминотерапия, химиотерапия; средства, воздействующие на нервную систему, физиотерапевтические методы, фитотерапия, иглорефлексотерапия, санаторно-курортное лечение и т.д. <i>2. Наружная терапия.</i> Характер действия наружных средств: противовоспалительное, противозудное, кератолитическое, кератопластическое, антипаразитарное, отбеливающее, разрушающее (прижигающее), фотозащитное, дезинфицирующее, рассасывающее, антибактериальное, противовирусное, фунгицидное. Лекарственные формы наружных средств: примочки, анилиновые красители, взбалтываемые смеси, пасты, мази, кремы, пластыри, лаки, клеи, мыла. Способы их применения. Наиболее распространенные рецепты.</p>	<p>Основная литература: 1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с. 2. Бетрозов В.Т. СЛОВАРЬ–СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре) 3. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ. Тотоонов Б.А., Бетрозов В.Т. Владикавказ, 1995. – 72 с. (имеется на кафедре).</p> <p>Дополнительная литература: 1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с. 2. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мордовцева. Москва, 1999. Том 1-879 с, том 2-879 с. 3. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с. 4. КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. Руков. для врачей под редакцией акад. РАМН Ю.К.Скрипкина, проф. Ю.С.Бутова. Москва, 2009 г. Том 1 – 713 с, том 2 – 921 с.</p>
<p>Студент должен уметь: выписать рецепт на любую лекарственную форму для наружного применения. именить наружные средства лечения на участки поражения кожи при остром и хроническом течении дерматозов. готовить марганцовую или борную примочку, детскую присыпку, водную или масляную болтушку из присыпки.</p>	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Перечислите наружно применяемые формы при мокнущей

2. Дайте определение каждой лекарственной формы: присыпки – это ...

болтушки – это ...

примочки - это...

пасты – это ...

мази – это ...

кремы – это ...

3. Допишите в текст необходимые слова:

а) Мокрое лечится ...

б) чем острее воспалительный процесс, тем более ... должно быть действие лекарственного средства.

в) Поскольку у детей кожа нежна, более ранима и чувствительна к применяемым наружным средствам, то необходимо использовать их в более ... концентрациях, чтобы избежать обострения кожного процесса.

г) При наружном лечении важно учитывать степень выраженности воспалительных явлений, а также ...

д) В состав крема в отличие от мази входит ещё ...

е) Для восстановления рогового слоя применяют керато... средства

4. Какие наружные средства применяют при хроническом воспалении кожи?

5. Какие наружные средства применяют при остром воспалении кожи без явления мокнущей?

6. Что следует добавить к присыпке, чтобы получилась паста?

7. Что следует добавить к присыпке, чтобы получилась болтушка?

8. Какие средства наружной терапии следует применить при повышенном ороговении?

9. Варианты специфического лечения?

Тема № 4: "ПИОДЕРМИИ, ЧЕСОТКА, ПЕДИКУЛЁЗ"

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Экзогенные факторы, способствующие развитию пиодермий?
2. Эндогенные факторы, способствующие развитию пиодермий?
3. К стафилодермиям относят
4. К стрептодермиям относят
5. К смешанным пиодермиям относят
6. Особенности стафило – от стрептококковых пиодермий

II. Целевые задачи.

<p>Студент должен знать:</p> <p><i>1. Этиология пиодермий</i> Возбудители: стафилококки (золотистый, эпидермальный, сапрофитный), стрептококки (гемолитический, зеленящий, негемолитический). Морфология. Факторы вирулентности (токсины, ферменты), антигенные свойства, L-формы.</p> <p><i>2. Патогенез.</i> Эндогенные и экзогенные факторы, предрасполагающие к развитию пиодермии. Общая и местная реакция организма. Фагоцитоз.</p> <p><i>3. Классификация.</i> По возбудителю: стафилодермии, стрептодермии, смешанные формы. По глубине поражения: поверхностные, глубокие. По течению: острые и хронические. По механизму возникновения: первичные и вторичные.</p> <p><i>4. Стафилодермии.</i> Клинические разновидности: стафилококковое импетиго, остиофолликулит, фолликулит, вульгарный сикоз, фурункул, карбункул, гидраденит, вульгарные угри. Их клиническая характеристика: морфологические элементы, динамика, локализация, прогноз.</p> <p><i>5. Стрептодермии.</i> Клинические разновидности: стрептококковое, буллезное, щелевидное импетиго, поверхностный панариций, интертригинозная стрептодермия, сифилоподобное папулезное импетиго, простой лишай, острая диффузная поверхностная стрептодермия, вульгарная эктима. Их клиническая характеристика: морфологические элементы, их динамика, локализация, прогноз.</p> <p><i>6. Дифференциально-диагностические критерии стрепто- и стафилодермии.</i></p> <p><i>7. Стрепто-стафилодермии.</i> Клинические разновидности: вульгарное импетиго, хроническая язвенная, язвенно-вегетирующая, язвенно-серпигинирующая, гангренозная пиодермии, шанкриформная</p>	<p>Основная литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с.2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с.3. Бетрозов В.Т. СЛОВАРЬ–СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре)4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руководство под ред. проф. А.А.Студницина. Москва, 1983. – 559 с. <p>Дополнительная литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницина А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с.2. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мордовцева. Москва, 1999. Том 1- 879 с, том 2 – 879 с.3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – справочник. Перевод с английского. Москва, 1999. – 1044 с.4. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С.
--	--

<p>пиодермия. Их клиническая характеристика: морфологические элементы, их динамика, локализация, прогноз.</p> <p><i>8. Лечение.</i> Общая терапия (специфическая - антибиотики, сульфаниламиды, нитрофурановые препараты, активная специфическая иммунотерапия; неспецифическая иммунотерапия - 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; кюретаж.</p> <p><i>9. Профилактика.</i> Общественная (санитарно-технические и лечебно-профилактические мероприятия) и индивидуальная (уход за кожей, закаливание, питание и т.д.).</p> <p>ЧЕСОТКА</p> <p><i>1. Этиология.</i> Морфология возбудителя. Жизненный цикл. Суточный ритм активности. Сезонная, общая, суточная плодовитость. Переживание вне хозяина. Расселение по коже человека.</p> <p><i>2. Эпидемиология.</i> Причины роста заболеваемости. Пути заражения. Очаговость: определение очага. Характеристика контингента больных. Группы риска. Инвазионные стадии возбудителя.</p> <p><i>3. Клиника типичной чесотки.</i> 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.</p> <p><i>4. Клинические разновидности чесотки.</i> Чесотка без ходов, норвежская чесотка; осложненная чесотка (дерматитом, пиодермией, экземой), чесотка "чисто плотных", скабиозная лимфоплазия кожи (узелковая чесотка).</p> <p><i>5. Лабораторная диагностика чесотки.</i> Извлечение клеща иглой, методы соскоба (с минеральным маслом, щелочью, 40% молочной кислотой), метод тонких срезов бритвой или глазными ножницами.</p> <p><i>6. Лечение.</i> Общие принципы терапии. Антипаразитарные препараты: серная мазь, водно-мыльная</p>	<p>КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.</p> <p>5. КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. Руководство для врачей под редакцией акад. РАМН Ю.К.Скрипкина, проф. Ю.С.Бутова. Москва, 2009 г. Том 1 – 713 с, том 2 – 921 с.</p>
---	---

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.

ВШИВОСТЬ (педикулез, фтириаз)

1. Этиология.

Возбудители: головная, платяная и лобковые вши. Их морфология. 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-пакс, 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). Дезинфекция (медифокс, пара-плюс) одежды, постельных принадлежностей, помещений.

<p>Студент должен уметь: Установить диагноз пиодермии Определить форму пиодермии Умело назначить местное и, если нужно, общее лечение. Установить диагноз чесотки и педикулёза Назначить лечение инфекционных болезней чесотки и педикулёза Осуществить набор патологического материала для диагнозов: пиодермия, чесотка и вшивость.</p>	
--	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Дайте определение болезни: пиодермия

2. Классификации

3. Краткие определения клинических разновидностей пиодермий

4. Перечислите отличия стафилодермий от стрептодермий

5. Особенности смешанных пиодермий

6. Дайте определение фликтены (основного проявления стрептодермий)

7. Атипичные пиодермии

8. Заполните таблицу:

	Этиология			Глубина		Связь с волосяным фолликулом	Течение		Исход		Общая реакция организма
	стафилококки	смешанные	поверхностная	глубокая	острое		хроническое	бесследный	рубец		
Псевдофурункулёз Фингера											
Импетиго вульгарное Заеда											
Пузырчатка											

новорожденных												
Сикоз												
Гидраденит												
Фолликулит глубокий												
Импетиго буллёзное												
Остиофолликулит												
Экзема вульгарная												
Фурункул												
Карбункул												
Везикулопустулёз												

9. Лечебные мероприятия при пиодермиях:

Υ Принципы наружной терапии пиодермий

1.

2.

3.

Υ Принципы общей терапии пиодермий

Υ Какие препараты используются для этиотропного лечения пиодермий

10. Допишите в текст необходимые слова:

Если у ребенка на лице имеются желтовато-зеленые корочки вокруг губ, ноздрей и единичные дряблые пузыри, то следует предположить ...

11. При какой пиодермии целесообразно применение кортикостероидов

12. Пиоаллергиды и их лечение

13. Профилактические мероприятия при пиодермиях

Тема № 5: "ЧЕШУЙЧАТЫЙ, КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ И РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ"

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Какие первичные элементы наблюдаются при псориазе, красном плоском (КПЛ) и розовом лишае (РЛ) ?
2. Какие стадии различают в процессе развития псориаза и КПЛ?
3. Какие теории имеют место в патогенезе псориаза и КПЛ?
4. Полиморфная или мономорфная сыпь характерна для псориаза, КПЛ и РЛ?
5. Перечислите тяжёлые формы псориаза

II. Целевые задачи.

<p>Студент должен знать: ЧЕШУЙЧАТЫЙ ЛИШАЙ (ПСОРИАЗ)</p> <p><i>1. Этиопатогенез.</i> Наследственная, неврогенная, инфекционно-аллергическая, эндокринная, обменная и др. теории.</p> <p><i>2. Классификация.</i> Распространенный и локализованный процесс; прогрессирующая, стационарная и регрессирующая стадии; осенне-зимняя, весенне-летняя смешанные формы; вульгарный псориаз и редкие виды псориаза (артропатический, экссудативный, себорейный, застарелый, пустулезный, интритригинозный, эритродермия).</p> <p><i>3. Клиническая картина вульгарной формы псориаза.</i> Характеристика папул (цвет, форма, размеры, наличие серебристо-белых чешуек), их локализация, псориазная триада, изоморфная реакция Кебнера, поражение ногтей (симптом "наперстка", "масляного пятна", атрофический и гипертрофический типы).</p> <p><i>4. Лечение (с учетом стадии и формы заболевания).</i> 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, псориаген, мазь Рыбакова, радевит, видестим, крем Унны, серия Скин-Кап, мази и кремы с кортикостероидами - адвантан, элоком, флуцинар, фторокорт, лоринден А, локакортен, целестодерм, белосалик; лечебные шампуни (серия Фридерм), лосьоны - дипросалик, локоид. Физиотерапевтические методы (УФО, СФТ, ПУВА-терапия), санаторно-курортное лечение.</p> <p><i>5. Профилактика.</i> Диета с ограничением острой, соленой, пряной пищи, алкоголя. Диспансерное наблюдение и противорецидивное лечение с учетом сезонности процесса. Перевод на работу, не связанную с</p>	<p>Основная литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с.2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с.3. Бетрозов В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре) <p>ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руководство под ред. проф. А.А.Студницина. Москва, 1983. – 559 с.</p> <p>Дополнительная литература:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шаропова Г.Я., Студницина А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с.2. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мордовцева. Москва, 1999. Том 1-879 с, том 2-879 с.3. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – справочник. Перевод с английского.4. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.5. КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. Руководство
---	---

<p>воздействием на кожу вредных химических соединений.</p> <p>КРАСНЫЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ</p> <p><i>1. Этиология.</i> Неврогенная, инфекционно-аллергическая, токсическая, вирусная, обменная и др. теории.</p> <p><i>2. Классификация.</i> Типичная и атипичные (бородавчатая, кольцевидная, атрофическая, пигментная, зостериформная, пемфигоидная, перифолликулярная, монилиформная) формы.</p> <p><i>3. Клиническая картина типичной формы.</i> Зуд, характеристика папул (цвет, форма, размеры, блеск, сетка Уикхема, пупкообразное вдавление), их локализация, изоморфная реакция Кебнера, поражение слизистых оболочек и ногтей.</p> <p><i>4. Лечение (с учетом формы заболевания).</i> 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 противозудными 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.</p> <p><i>5. Профилактика.</i> Предохранение больных от психических, механических травм. Санация очагов хронической инфекции. Диспансерное наблюдение. Перевод на работу, не связанную с контактом с химическими веществами.</p> <p>РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ</p> <p><i>1. Этиология.</i> Инфекционно-аллергическая, вирусная природа.</p> <p><i>2. Клиника.</i> Жалобы, мономорфная пятнистая сыпь (цвет, форма, связь с линиями натяжения кожи Лангера, шелушение и западение в центре, материнский медальон), локализация, сезонность.</p> <p><i>3. Лечение (щадящее).</i> СФТ, антибиотики, антигистаминные средства, водно-взбалтываемые смеси. Исключение водных процедур.</p>	<p>их для врачей под редакцией акад. РАМН Ю.К.Скрипкина, проф. Ю.С. Бутова. Москва, 2009 г. Том 1 – 713 с, том 2 – 921 с.</p>
<p>Студент должен уметь: Применить необходимые диагностические методы исследования</p>	

<ul style="list-style-type: none"> . Провести опрос и исследование больного для установления типа нервной деятельности . Выявить симптоматику псориаза, КПЛ и РЛ: триаду феноменов, феномен Кебнера, симптом Пильнова, сетку Уикхема, восковидный блеск, пупковидное вдавление и "материнский медальон" . Уметь определить этиологию и патогенез в конкретном случае . Установить диагноз, стадию псориаза, КПЛ и РЛ . Назначить необходимое общее, применительно к стадиям псориаза и КПЛ, и местное лечение . Провести вторичную профилактику 	
---	--

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Дайте определение псориаза, КПЛ и РЛ

2. Особенности клинических проявлений псориаза, КПЛ и РЛ на коже и слизистых оболочках

3. Дифференциальная диагностика псориаза, КПЛ и РЛ с другими дерматозами и проявлениями сифилиса

4. Определение феноменов псориаза, феномена Кебнера, др. симптомов КПЛ и РЛ и их сущность

5. Лечение псориаза, КПЛ и РЛ с учётом стадии заболевания.

6. Заполните таблицу:

Заболевание	Форма элемента		Глубина залегания				Цвет				Шелушение			Локализация		Течение	
	округлая	полигональная	эпидермис	сосочк. слой	сетчат. слой	гиподерма	розовый	красный	синеющий	медно-красн.	центральное	сплошное	не шелушится	излюбленная	неопределенн	исчезаетбыстро	длительное
КПЛ																	
Псориаз																	
РЛ																	

7. Вторичная профилактика при псориазе, КПЛ и Розовом лишае

Тема № 6: "ЭКЗЕМА, ДЕРМАТИТЫ, КРАПИВНИЦА, АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ "

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Определение аллергодерматозов: экземы и дерматитов.
2. Определение группы нейродерматозов (атопический дерматит, чесука и крапивница).
3. Этиология и патогенез экземы и дерматитов.
4. Понятие о сенсибилизации и аллергии.
5. Стадии в течение экземы.
6. Дифференциальная диагностика экзем и дерматитов.
7. Клинические варианты экзем и дерматитов у взрослых и детей.
8. Общее и местное лечение экзем, дерматитов и крапивницы.

II. Целевые задачи: научить студентов распознавать экзему (истинную, микробную, себорейную, профессиональную и детскую) дерматиты (простой контактный, аллергический, токсикодермии), крапивницу, чесуку и атопический дерматит.

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Отличительные признаки экземы и 1.С дерматитов, определять характер экземы и вид дерматита. 2. Характерные признаки экземы и 2.В дерматитов, позволяющие отличать ее от других сходных заболеваний. 3. Клинические проявления данных аллергодерматозов. 4. Возрастные особенности ато-пического дерматита 5. Профилактику аллергодерматозов. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определять причину экземы, дерматита, нейродермита и крапивницы в каждом конкретном случае. 2. Студенты должны определять стадию экземы и вид дерматита, наметить план их лечения. 3. Назначить лечение применительно к стадии экземы. 4.Поставить диагноз. 6. Назначить соответствующее лечение крапивницы. 7. Знать толкование аллергологических проб. 	<p>Основная литература</p> <p>крипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с.</p> <p>ладимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с.</p> <p>3. Бетров В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре)</p> <p>4. В.Т. Бетров. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ, СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ. Владикавказ, 2008. - 33 с.</p> <p>5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руководство под ред. проф. А.А.Студницина. Москва, 1983. – 559 с.</p>
	<p>Дополнительная литература</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г..Я., Студницин А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с. 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ. Тотоонов Б.А., Бетров В.Т. Владикавказ, 1995. – 72 с. (имеется на кафедре) 3. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н.Мор-довцева. Москва, 1999. 4. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас –

	справочник. Перевод с английского. Москва, 1999. – 1044 с. 5.Скрипкин Ю.К. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2000. – 656 с. 6.Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С..КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.
--	--

III. Задания для самостоятельной работы.

1. В ответ на воздействие концентрированной серной кислоты возникает:

1. Простой контактный дерматит
2. Аллергический дерматит
3. Токсикодермия
4. Экзема
5. Пиодермия

2. Какие аллергены могут вызвать экзему?

1. Лекарственные
2. Пищевые
3. Промышленные
4. Пыльцевые
5. Инфекционные

3. Какие клинические симптомы характерны для микробной экземы?

1. Сенсibilизация микробными аллергенами
2. Наличие пустул
3. Четкие границы очагов поражения
4. Ассиметричность высыпаний
5. Увеличение лимфоузлов

4. К разновидностям истинной экземы относятся:

1. Дисгидротическая
2. Сикозиформная
3. Роговая (тилотическая)
4. Паратравматическая
5. Пруригинозная

5. Перечислить клинические стадии экземы:

- 1.Эритематозная
- 2.Везикулезно-папулезная
- 3.Мокнущая
- 4.Корковая
- 5.Пигментация

6. Симптомы, характерные для себорейной экземы

7. Современная трактовка этиологии и патогенеза нейродерматозов

.

8. В клинике детской чесотки характерны...

9. Классификации экземы

10. Каков необходимый объем исследований для постановки диагноза экземы.

11. Основные клинические проявления острой крапивницы.

12. Заполните таблицу:

Клинические формы	Места локализации	Симметричность
Истинная экзема		
Микробная экзема		
Себорейная экзема		

13. При каких заболеваниях больных беспокоит зуд?

1. Сахарный диабет
2. Пиелонефрит
3. Экзема
4. Холецистит
5. Гипертоническая болезнь

14. Аллергодерматозы (заполнить):

	Дифференциация	Симметрия	Границы		Мокнутие			Течение			Общая реакция организма
			<i>резкие</i>	<i>не резкие</i>	<i>отсутств.</i>	<small>Сильно умеренно выраженное</small> <i>выражено</i>	<i>резкое</i>	<i>острое</i>	<i>хроническое</i>		
Себорейная экзема											
Дерматит простой контактный											
Профессиональная экзема											
Микробная экзема											
Истинная экзема											
Крапивница											

15. Общие принципы лечения аллергодерматозов.

16. При каких вариантах целесообразно применение иммуносупрессоров (кортикостероиды, тостатики)

17. Допишите в текст необходимые слова: «Крапивница полиэтиологический дерматоз, проявляющийся мономорфной зудящей сыпью».

18. Профилактические мероприятия при аллергодерматозах.

Задача:

На прием к врачу обратился больной 67 лет, пенсионер, с жалобами на выраженный зуд кожи нижних конечностей, высыпания.

Болеет около 3-х лет. Лечился амбулаторно мазями. Эффект временный. Последний рецидив заболевания связывает с нервным стрессом. Из сопутствующих заболеваний отмечает гипертоническую болезнь и хронический холецистит.

Процесс носит распространенный симметричный характер, без четких границ. Наблюдаются отек и лихенификация, ярко выраженная эритема, везикуляция, мокнутие и серозные колодцы.

- У Ваш предположительный диагноз?
- У С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данный дерматоз?
- У Наметьте план лечебно - профилактических мероприятий.
- У Выпишите рецепты.
- У Рекомендации больному после клинического выздоровления.

Тема № 7: " ВИРУСНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ "

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Какие заболевания кожи имеют вирусную этиологию?
2. Резервуаром ВПГ у человека, что является?
3. Какие вирусы относятся к группе семейства герпес-вирусов?
4. Возникновение какого вирусного дерматоза у взрослого диктует необходимость строгой изоляции его от детей?

II. Целевые задачи

Студент должен знать: 1. Этиологию и патогенез вирусных заболеваний кожи взрослых и детей (простой герпес, опоясывающий лишай, бородавки, контагиозный моллюск и	Основная литература 1.Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с. 2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И
--	---

<p>остроконечные кандиломы). 2. Клинические проявления и течение 28 вирусных дерматозов. 3. Современные особенности герпетических инфекций кожи у взрослых и детей (ВПГ1, ВПГ2, герпетический стоматит, их клиника при СПИДе). ЭЛЕМЕНТЫ 4. Современное лечение и профилактика вирусных заболеваний кожи у взрослых и детей. 5. дифференциальную диагностику вирусных заболеваний кожи.</p>	<p>ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 8 с. 3. Бетровов В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре) .Т.Бетровов.МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ТЫ СЫПИ, СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ. Владикавказ, 2008. - 33 с. 5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руководство под ред. проф. А.А.Студницина. Москва, 1983. – 559 с.</p>
<p>Студент должен уметь: 1. Определять характерные свойства первичных и вторичных элементов сыпи. 2. Правильно описать локализацию патологического процесса. 3. Диагноз должен быть мотивирован. 4. Описать клинику и назначить соответствующее лечение. 5. Выдавливание или выскабливание острой ложечкой Фолькмана содержимого контагиозного моллюска. 6. Производить диатермокоагуляцию и криотерапию. Предложить обоснованное общее и местное лечение последующей прописью назначенных лекарственных средств.</p>	<p>Дополнительная литература 1.Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Я., Студницин А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с. 2.МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ. Тотоонов Б.А., Бетровов В.Т. Владикавказ, 1995. – 72 с. (имеется на кафедре) 3. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Скрипкина и В.Н.Мордовцева. Москва, 1999. 4.Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – справочник. Перевод с английского. Москва, 1999. – 1044 с. 5.Скрипкин Ю.К. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2000. – 656 с. 6. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С, Кряжева С.С.. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.</p>

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Каковы клинические проявления, течение и лечение герпесов у взрослых и детей?
2. Клиническая картина, течение, лечение и профилактика бородавок, остроконечных кондилом и заразительного моллюска?
3. Дайте характеристику первичного элемента остроконечных кондилом

4. Перечислить виды бородавок.
5. Дайте определение опоясывающего лишая
6. Какие существуют виды простого герпеса?
7. Характеристика первичных морфологических элементов простого пузырькового лишая
8. Новые противовирусные лечебные средства.
9. Составьте схему дифференциальной диагностики вирусных дерматозов с дерматозами, при которых наблюдаются папулы, эритема, пузырьки, эрозии.
10. Привести клинические формы простого пузырькового лишая и опоясывающего лишая.
11. Диагностические лабораторные методы герпесов
12. Впишите нужные слова в текст: "Ветряная оспа наблюдается в ... , а опоясывающий лишай в возрасте."
13. Наличие множественных простых бородавок наблюдается при ...
14. Заполните таблицу:

Заболевания	Первичные элементы	Течение		Назначают ацикловир
		острое	хроническое	
Простой герпес				

Опоясывающий герпес				
Контагиозный моллюск				
Острокон. кондиломы				
Бородавки				

Тема № 8: "ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ "

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Какие заболевания относятся к пузырьным дерматозам.
2. Что объединяет эту разнородную группу буллёзных дерматозов.
3. Какие из пузырьных дерматозов имеют сложный (сомнительный) прогноз?

II. Целевые задачи. Обучить распознаванию вульгарной пузырчатки, буллезного пемфигоида и болезни Дюринга:

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Места излюбленной локализации 1.С пузырьных дерматозов. 2. Характер сыпи (мономорфная или полиморфная). 3. Дифференциальную диагностику буллезных дерматозов. 4. Методы общего и местного лечения буллёзных дерматозов, с учетом общего состояния больного. 5. Дозы, показания и противопоказания к назначению кортикостероидов. 6. Вторичная профилактика буллезных дерматозов. 	<p>Основная литература</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. крипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с. 2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с. 3. Бетрозов В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре) 4. Бетрозов В.Т., МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ, СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ. Владикавказ, 2008. - 33 с. 5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руков. под ред. проф. А.А. Студницина. Москва, 1983. – 559 с.
<p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Определять главные (первичные) элементы сыпи, которые встречаются при этих дерматозах и объяснить механизм их образования. 2. Уметь на практике воспроизвести симптомы Никольского и Асбо-Ханзена, пробы Ядассона (использование 50% йодистой мази) для дифференциальной диагностики этих дерматозов. 3. Выписать рецепты назначаемых препаратов и объяснить механизм их общего и местного действия. 	<p>Дополнительная литература</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницина А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с. 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ. Тотоонов Б.А., Бетрозов В.Т. Владикавказ, 1995. – 72 с. (имеется на кафедре) 3. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руков. для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. Москва, 1999. 4. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – справочник. Перевод с английского. Москва, 1999. – 1044 с. 5. Скрипкин Ю.К. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2000. – 656 с. 6. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.

111. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Этиология и патогенез вульгарной пузырчатки.

2. Патогистологическая картина буллезных дерматозов.
3. Клиника вульгарной пузырчатки, болезни Дюринга, болезни Левера.
4. Дифференциальная диагностика буллезных дерматозов.
5. Методы общего и местного лечения буллезных дерматозов.
6. Прогноз при буллезных дерматозах и диспансеризация.
7. Дайте определение болезни себорейной пузырчатки (синдрома Сенир – Ашера)
8. Характерные признаки листовидной пузырчатки ...
9. Определение симптомов Никольского и Асбо-Ганзена и их клиническая значимость.
10. Клетки Тцанка, методика выявления.
11. Составить схему лечения больного с дерматитом Дюринга
12. Заполнить таблицу:

Этиология	Клетки Тцанка	Обязательное назначение кортикостероидов
-----------	---------------	--

Вульгарная пузырчатка		
Дерматоз Дюринга		
Пемфигоид Лёвера		
Многоформная экссудативная эритема		

13. Приведите классификацию буллезных дерматозов.

14. Необходимый объём исследований для подтверждения диагноза пузырного дерматоза.

15. Основные критерии диагноза «Истинная пузырчатка».

16. Заполните таблицу:

Болезнь	Места локализации	Течение
Вульгарная пузырчатка		
Листовидная пузырчатка		
Себорейная пузырчатка		
Многоформная экссудативная эритема		

17. Диагностические лабораторные методы исследования

18. Общие принципы лечения пузырных дерматозов.

19. Ответьте на вопросы задачи:

На прием к дерматологу обратился больной 50 лет с жалобами на изъязвления в полости рта и появление пузырей на коже туловища. Заболел на фоне полного благополучия, появились «язвочки» в полости рта, обращался к стоматологу. Назначенное лечение было не эффективным. Прием пищи затруднен. Вскоре сыпь распространилась на кожу туловища.

Объективно на коже туловища и полости рта имеется сыпь состоящая из пузырей. Часть пузырей напряжена, другая с вялой покрывкой, размером от горошины до боба, наполненные прозрачной и мутной жидкостью. На месте вскрывшихся пузырей остаются мокнущие, полициклических очертаний эрозии. Некоторые из них покрыты слоистыми коричневыми корочками.

Симптом Никольского положительный. Предположительный диагноз?

С какими заболеваниями необходимо дифференцировать этот дерматоз?

Наметить план лечебно-профилактических мероприятий.

Тема № 9: "МИКОЗЫ: КЕРАТОМИКОЗЫ, ТРИХОМИКОЗЫ, КАНДИДОЗЫ."

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Имена отечественных ученых, предложивших известную классификацию микозов.
2. Какие группы дерматофитов известны?
3. Какой аппарат используют в люминесцентной диагностике микозов?
 4. Назовите системные противогрибковые антибиотики.
 5. Методы лабораторной диагностики трихомикозов.

II. Целевые задачи.

Студент должен знать: <ol style="list-style-type: none">1. Классификацию микозов.2. Источники микозов.3. Клинику, диагностику грибковых заболеваний.4. Методы лабораторной диагностики микозов.5. Значение культуральной диагностики.6. Принципы лечения микозов волосистой кожи головы, гладкой кожи и ногтей.7. Методика применения гризеофульвина и других противогрибковых препаратов. КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ.8. Характер поражения волос, ногтей при микозах9. Факторы способствующие возникновению кандидоза.10. Профилактику грибковых заболеваний	Основная литература <ol style="list-style-type: none">1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с.2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с.3. Бетров В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре)4. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руков. под ред. проф. А.А.Студницина. Москва, 1983. – 559 с.
Студент должен уметь: <ol style="list-style-type: none">1. Распознавать грибковые поражения.2. Набирать материал для исследования на паразитарные грибы.3. Производить микроскопическое исследование чешуек, волос и ногтей на паразитарные грибы.4. Назначить лечение грибковых поражений волос, гладкой кожи, ногтей.5. Выявить микозы и назначить соответствующее лечение.6. Производить осмотр лампой Вуда и В. провести пробу Бенъе и Бальцера.	Дополнительная литература <ol style="list-style-type: none">1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с.2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ. Тотоонов Б.А., Бетров В.Т. Владикавказ, 1995. – 72 с. (имеется на кафедре)3. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руков., 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и Н.Мордовцева. Москва, 1999.4. Фицпатрик Т., Джонсон Р., Вулф К., Полано М., Сюрмонд Д. ДЕРМАТОЛОГИЯ. Атлас – справ. Перевод с английского. Москва, 1999. – 1044 с.5. Скрипкин Ю.К. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2000. – 656 с.6. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С., КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Дать определение каждого микоза

2. Источники инфекции при грибковых заболеваниях?

3. При каких трихомикозах чаще появляются микиды?

4. Перечислить при каких грибковых заболеваниях поражаются волосы, ногти и гладкая кожа?

5. Основные клинические признаки отрубевидного лишая?

6. Назвать грибковые заболевания, при которых поражаются внутренние органы.

7. Составить схему лечения кандидоза гладкой кожи.

8. Заполните таблицу «Дерматомикозы»:

	Группа			Поражение			Элементы				Волосы		Течение		Микиды			Исход			
	ксератомикозы	дерматофитии	кандидозы	волос	гладкой кожи	ногтей	пятна	пустулы	пузырьки	изменение цвета	выпадение	облам. короткое	обламыв. высокое	острое	хроническое	часто	редко	бесследный	рубец	рубцовая атрофия	
Кандидамикоз поверхностный																					
Микроспория																					
Разноцв. лишай																					
Рубромикоз																					
Трихоф. поверхн.																					
Трихоф. глубокая																					
Фавус																					
Эпидермофития складок																					
Эпидермофития стоп																					
Эритразма																					

Тема № 10: " ОБЩЕЕ ТЕЧЕНИЕ СИФИЛИСА. ПЕРВИЧНЫЙ И ВТОРИЧНЫЙ ПЕРИОДЫ ПРИОБРЕТЕННОГО СИФИЛИСА "

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Определение сифилиса.
2. Перечислить теории возникновения сифилиса
3. Возбудитель сифилиса и его варианты.
4. Виды движений бледной трепонемы.
5. Какие органы и системы поражает сифилис.
6. Что такое суперинфекция?
7. Критерии реинфекции?
8. Какие органы и системы поражает сифилис?
9. Иммунитет при сифилисе.
10. Схемы лечения различных форм сифилиса

II. Целевые задачи

Студент должен знать:

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, 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. 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). Особенности заражения детей.

5. Инкубационный период: продолжительность его. Причины удлинения и укорочения инкубационного

Основная литература

1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с.
2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с.
3. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. Учебник КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.

Дополнительная литература:

1. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Ю.К. Скрипкин и В.Н. Мордовцев, 1999 г. Москва. Медицина. 1 том, стр. 466 – 589.
2. Инфекции, передаваемые половым путем. В.А. Аковбян, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского. М – Медиа Сфера, 2007 г., стр. 183 – 337.
3. Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей. Ю.К. Скрипкин и Ю.С. Бутов. ГЭОТАР – Медиа., стр. 564 – 654, 2009 г.
4. Методические рекомендации по лечению сифилиса (приказ МР № 327). «Об утверждении протокола ведения больных сифилисом». Москва, 2003, - с.160. Имеется на кафедре.

периода.

6. Периодизация первичного периода сифилиса.

С отрицательными и положительными серологическими реакциями (их продолжительность).

7. Клиника первичного 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, перигенитальные, 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.

8. Дифференциальный диагноз.

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

9. Атипичные формы твердого шанкра.

Индуриативный отек, шанкр - амигдалит, шанкр-панариций. Клиническая характеристика.

Дифференциальный диагноз с банальным фимозом, бартолинитом, банальной ангиной, панарицием.

10. Осложнения первичной сифиломы.

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

11. Особенности течения первичного периода сифилиса на современном этапе.

агностика.

Забор материала (отделяемое твердого шанкра, пунктат лимфоузла). Бактериоскопия (исследование в темном поле). Серологические методы РСК, МРП, РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ.

Тема: **"ВТОРИЧНЫЙ СИФИЛИС"**

1. Периодизация вторичного периода сифилиса.

Манифестный и скрытый (ранний).

2. Клиника вторичного периода сифилиса.

Общая характеристика вторичных сифилидов (отсутствие субъективных ощущений, островоспалительной реакции, округлая форма, фокусное расположение, приступообразное подсыпание, доброкачественное течение, склонность к рецидивам).

Пятнистый сифилид (разновидности сифилитических розеол: сливная, возвышающаяся, зернистая, шелушащаяся).

Папулезный сифилид: милиарный; лентиккулярный, в том числе себорейный, псориазиформный, мокнувший (эрозивный, язвенный, вегетирующий - широкие кондиломы), ладоней и подошв (чечевицеобразный, кольцевидный, роговой, широкий тип); нуммулярный, бляшковидный. Везикулезный (герпетиформный) сифилид.

Пустулезный сифилид: импетигиозный, угревидный, оспенновидный, сифилитические эктима и рупия.

Пигментный сифилид (сифилитическая лейкодерма): пятнистая, сетчатая, мраморная. Сифилитическая алопеция: мелкоочаговая, диффузная, смешанная.

Проявления на слизистых оболочках: сифилитическая ангина, ларингит, папулезные (эрозивные, язвенные) высыпания.

Полиаденит.

Поражение внутренних органов, нервной системы, глаз, опорно-двигательного аппарата.

3. Дифференциальный диагноз вторичного периода сифилиса.

4. Особенности течения вторичного периода сифилиса на современном этапе.

5. Диагностика.

Понятие о конформации. Бактериоскопия отделяемого сифилидов. Серологические методы РСК, МРП, РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ.

Тема: **"ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ВТОРИЧНОГО ПЕРИОДА СИФИЛИСА"**

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, РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ. В процессе изучения вторичного периода сифилиса студент должен научиться проводить дифференциальный диагноз с различными заболеваниями.

2. Розеолезный сифилид.

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

3. Папулезный сифилид

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

4. 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.

5. Пигментный сифилид

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

6. Сифилитическая плешивость

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

7. Пятнистый сифилид на слизистых оболочках миндалин, дужках, мягком небе и языке следует дифференцировать с банальной катаральной ангиной, медикаментозной токсикодермией, "горлом курильщика".

8. Папулезный сифилид на слизистой оболочке рта следует дифференцировать с язвенно-некротической ангиной Плаута-Венсана, ларингитом, афтозным стоматитом, красным

<p>плоским лишаем, красной волчанкой, многоформной экссудативной эритемой, истинной пузырчаткой, простым пузырьковым лишаем, буллезным пемфигоидом.</p> <p><i>Примечание:</i></p> <p>В конце занятия каждый студент проводит письменно дифференциальный диагноз с одним из перечисленных выше заболеваний.</p> <p>11. Целевые задачи: Усвоение закономерностей сифилиса, основных проявлений первичного и вторичного периодов приобретенного сифилиса у взрослых и детей со стороны кожи, слизистых оболочек и других физиологических систем и органов у взрослых и детей.</p>	
<p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Осмотреть больного. 2. Правильно собрать анамнез. 3. Произвести забор патологического материала для исследования на бледную трепонему. 4. Правильно назначить соответствующее специфическое лечение. 5. Отдифференцировать проявления первичного и вторичного периода сифилиса со сходными проявлениями дерматозов. 	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Заполните табл. диф. диагностики папулезного сифилида:

	Форма папул		Глубина залегания			Цвет			Шелушение			Локализация		Течение		Зуд кожи	
	округлая	полигональная	эпидермис	Сосочковый слой	Сетчатый слой	розовый	синюшный	красный	центральное	сплошное	Симп. облатки	не шелуц	излюбленная	неопределен.	острое		длительное
Красный плоский лишай																	
Псориаз																	
Папуло-некротич. ТБЦ кожи																	
Папулезн сифилид																	

2. Перечислить клинические проявления первичного периода сифилиса.

3. С какими кожными заболеваниями дифференцируют твердый шанкр.
4. Дать характеристику высыпаниям вторичного периода сифилиса.
5. Приведите подряд стадии первичного и вторичного периода приобретенного сифилиса.
6. Перечислите разновидности розеолезного сифилида...
7. Разновидности папулезного сифилида...
8. Необходимый объём исследований для подтверждения первичного и вторичного периодов сифилиса
9. Основные критерии диагноза первичного периода сифилиса
10. Основные критерии диагноза вторичного периода сифилиса
11. Характерные признаки пустуллезного сифилида.
12. Назовите типичные места локализации поражения папулезного сифилида на слизистой оболочке рта
13. Лабораторные методы исследования при первичном и вторичном сифилисе
14. Допишите в текст необходимое: «Какой сифилид является косвенным доказательством поражения нервной системы?» ...
15. Общие принципы лечения.
16. Схемы лечения первичного и вторичного сифилиса:

17. Какие препараты используются для этиотропного лечения?
18. Дайте правильный ответ:
- а. Какова продолжительность первичного периода сифилиса.
 - б. Клиническая характеристика первичной сифиломы.
 - в. Клинические симптомы характерные для шанкра-амигдалита.
 - г. Сроки появления положительных КСР в первичном периоде сифилиса
 - д. Какие позитивные тесты наблюдаются в первичном периоде сифилиса.
 - е. Личная профилактика сифилиса

Тема № 11: " ТРЕТИЧНЫЙ И ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС "

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Причины и сроки возникновения третичного сифилиса.
2. Классификация третичного сифилиса.
3. Характерные проявления третичного периода сифилиса.
4. Пути передачи врожденного сифилиса.
5. Классификация врожденного сифилиса.
6. Клинические проявления врожденного сифилиса грудного возраста.
7. Типичные поражения слизистых при врожденном сифилисе грудного возраста.
 8. Какая патология нервной системы наблюдается при врожденном сифилисе грудного возраста.
9. Какие внутренние органы чаще поражаются при сифилисе грудного возраста.
10. Клинические проявления наиболее часто встречающиеся при сифилисе раннего детского возраста.
11. Какие группы признаков выделяют при позднем врожденном сифилисе?
12. Достоверные признаки позднего врожденного сифилиса.
13. Какие симптомы относятся к вероятным при позднем врожденном сифилисе?
14. Стигмы характерные для позднего врожденного сифилиса.

15. Современные особенности течения врожденного сифилиса.
 16. Какие органы и системы поражаются при третичном сифилисе.
 17. Общая характеристика третичных сифилидов.

II. Целевые задачи:

<p>Студент должен знать: ТРЕТИЧНЫЙ ПЕРИОД СИФИЛИСА, ЕГО ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА" <i>1. Введение.</i> Частота встречаемости третичного сифилиса. Причины возникновения. Периодизация третичного периода сифилиса: манифестный (бугорковый и гуммозный) и скрытый (поздний). <i>2. Клиника.</i> 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, элевантиаз, мутиляция, перфорация. Третичная сифилитическая розеола. Поражение костей, суставов, внутренних органов, нервной системы. <i>3. Дифференциальный диагноз:</i> бугоркового сифилиса туберкулезной волчанкой, папулонекротическим туберкулезом, лепроматозным типом лепры, лейшманиозом, розовыми угрями, базалиомой, гуммозного - со скрофулодермой, индуративной эритемой Базена, узловатой эритемой, фурункулом, варикозными язвами, липомой. <i>4. Диагностика.</i> Конфронтация. Серологические реакции РСК, МРП, РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ; их роль в диагностике. Тема: "ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС" <i>1. Введение.</i></p>	<p>Основная литература 1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с. 2. Владимиров В.В., Зудин Б.И. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Атлас. 1982. – 288 с. 3. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С.. Учебник. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.</p> <p>Дополнительная литература: 1. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. Ю.К. Скрипкин и В.Н. Мордовцев, 1999 г. Москва. Медицина. 1 том, стр. 466 – 589. 2. Инфекции, передаваемые половым путем. В.А. Аковбян, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского. М – Медиа Сфера, 2007 г., стр. 183 – 337. 3. Клиническая дерматовенерология. Руководство для врачей. Ю.К. Скрипкин и Ю.С. Бутов. ГЭОТАР – Медиа., стр. 564 – 654, 2009 г. 4. Методические рекомендации по лечению сифилиса (приказ МР № 327). «Об утверждении протокола ведения больных сифилисом». Москва, 2003, - с.160. Имеется на кафедре.</p>
--	--

Определение. Пути передачи сифилиса потомству. Законы Коллиса - Боме, Пропета, 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.

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

Сифилис грудного возраста: внешний вид ("старческая кожа", хлоазмы, дистрофия, пролежни), симптом Систо, поражение кожи (сифилитическая пузырьчатка 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).

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.

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), дистрофиииилистигмы(симптом Авситидийского, аксифоидия, готическое твердое небо, диастема Гаше, бугорок Карабелли, олимпийский лоб, инфантильный мизинец - симптом Дюбуа-Гиссара, гипертрихоз).

4. Диагностика.

<p>Бактериоскопический метод (обнаружение бледной трепонемы в серуме высыпаний). Серологические методы РСК, МРП (или аналоги - VDRL, RPR), РПГА, ИФА, РИФ, РИБТ. R-графия длинных трубчатых костей. Консультация у специалистов (педиатр, окулист, оториноларинголог, невропатолог).</p> <p>5. Профилактика.</p> <p>Вассерманизация беременных. Лечение беременных, больных сифилисом. Профилактическое лечение беременных, перенесших сифилис. Профилактическое лечение детей, родившихся от больных или переболевших сифилисом матерей.</p>	
<p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Правильно поставить диагноз. 2. Провести дифференциальную диагностику с кожными заболеваниями. 3. Произвести забор материала для исследования на бледную трепонему. 4. Составить план лечения больного сифилисом. 5. Владеть методикой двухмоментного в\м введения противосифилитических препаратов. 	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Какие существуют стадии третичного периода сифилиса?
2. Перечислите высыпания характерные для третичного периода сифилиса.
3. Назовите разновидности бугоркового сифилида.
4. Клинические разновидности гуммозного сифилида.
5. С какими заболеваниями следует дифференцировать бугорковый сифилид:
 1. Псориаз
 2. Папулонекротический туберкулез
 3. Туберкулезная волчанка
 4. Красный плоский лишай
6. Какой рубец образуется на месте гуммы?
 1. Звездчатый
 2. Мозаичный
 3. Келоидный
 4. Штампованный
7. Осложнения сифилитической гуммы.

8. Дать общую характеристику проявлений третичного сифилиса.

9. Составьте схему лечения третичного периода сифилиса.

10. Заполнить дифференциальную таблицу:

Клинические формы	Элемент сыпи		Края язвы		Поражение тканей			Характер рубца			Чувствительность кожи на	Серореакция на сифилис+	Туберкулиновые пробы положительные	Пробное лечение сифилиса эффективно
	бугорок	узел	плотные	мягкие	мягкие	костная	хрящевая	штампованный	гладкий	с кожными валиками				
Гуммозный сифилид														
Бугорковый сифилид														
Туберкулёзн. волчанка														
Скрофулодерма														
Лепра														

11. Перечислить необходимый объём исследований для подтверждения диагноза «Третичный сифилис».

12. Назовите типичные места локализации поражений при третичном сифилисе.

13. Классификация врожденного сифилиса.

14. Какие органы вовлекаются в процесс при врожденном сифилисе грудного возраста?

15. Что является диагностическим критерием эпидемической пузырчатки новорожденных?

16. Каковы типичные поражения слизистой оболочки врожденного сифилиса грудного возраста?

17. Что характерно для сифилитического остеохондрита?

18. Проявления наиболее часто встречающиеся при сифилисе раннего детского возраста

19. Какие группы признаков выделяют при позднем врожденном сифилисе.

20. Диагностические лабораторные методы исследования
Υ при третичном сифилисе: ...

Υ при врожденном сифилисе ...

21. Общие принципы лечения врожденного сифилиса.

**Тема № 12: "ГОНОРЕЯ, ТРИХОМОНИАЗ, ХЛАМИДИОЗ,
МИКОПЛАЗМОЗ, БАКТЕРИАЛЬНЫЙ ВАГИНОЗ"**

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний.

1. Кем и когда открыт возбудитель гонореи?
2. К какому типу кокков относят гонококки Нейссера?
3. Где заканчивается передний гонорейный уретрит?
4. Какие урогенитальные инфекции относят к негонококковым?
5. Метод топической диагностики уретритов
6. Пути инфицирования гонореей и негонококковыми урогенитальными ЗППП

II. Целевые задачи.

<p>Студент должен знать: ГОНОРЕЯ У МУЖЧИН. ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГОНОРЕИ У ЖЕНЩИН И ДЕВОЧЕК <i>1. Этиология гонореи.</i> Возбудитель: год открытия, приоритет немецких ученых, морфология (строение, L-формы, β-лактамазные штаммы), размножение, эндотоксин и его свойства, переживание вне хозяина. Фагоцитоз. Поглощение трихомонадами. <i>2. Эпидемиология,</i> 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.). <i>3. Патогенез.</i> Поражение цилиндрического эпителия (его топка). Пути распространения возбудителя в организме человека: трансканаликулярно (по протяжению и антиперистальтически), лимфогенная и гематогенная диссеминация (гонококкемия, гонококковая септицемия и септикопиемия). Иммуитет (гуморальный, клеточный, реакция и Борде-Жангу, "семейная" гонорея). Инкубационный период. <i>4. Классификация.</i> Гонорея нижних отделов мочеполового тракга без осложнений, гонорея нижних отделов мочеполового тракта с осложнениями, гонорея верхних отделов мочеполового тракга и органов малого таза, гонорея других органов. Топическая диагностика; уретрит, эндоцервицит, вульвовагинит, простатит и т.д. <i>5. Клиника гонореи у мужчин.</i> Боли и рези при мочеиспускании. Характер выделений. Состояние губок уретры. Передний и тотальный уретрит. Осложнения переднего уретрита: баланит, баланопостит, тизонит, фимоз, парауретрит, периуретрит, морганит, литтреит, куперит. Осложнения заднего уретрита: простатит</p>	<p>Основная литература 1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с. 2. ИльинИ.И. НЕГОНОКОККОВЫЕ УРЕТРИТЫ У МУЖЧИН. Медицина, 1983. - 250 с. 3. Бетрозов В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре)</p> <p>Дополнительная литература 1. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руководство для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К.Скрипкина и В.Н. Мордовцева. Москва, 1999. Том 1-879 с, Том 2 – 879 с. 2. КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ. Руков. для врачей под ред. акад. РАМН Ю.К.Скрипкина, проф. Ю.С. Бутова. Москва, 2009. Том 1 – 713 с, том 2 – 921 с. 3. Приказ МЗ РФ № 415: Об утверждении протокола ведения больных «Гонококковая инфекция» от 20 августа 2003 г. Москва, 2003 г. Имеется на кафедре.</p>
--	--

(катаральный, паренхиматозный, фолликулярный), везикулит, эпидидимит, диферентит, орхоэпидидимит, цистит). Стриктура уретры.

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.

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.

8. Диагностика.

Жалобы. Анамнез. Осмотр. Топическая диагностика. Двухстаканная проба. Бактериоскопический метод (выделения из уретры, цервикального канала, вагины, прямой кишки окрашиваются метиленовым синим и по Граму.

Инструментальные методы исследования: уретроскопия (у мужчин), вагиноскопия (у девочек). Бактериологический метод (посев на флору и чувствительность к антибиотикам). Реакция Борде-Жангу.

9. Лечение.

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

10. Профилактика.

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

НЕГОНОКОККОВЫЕ УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗППП.

1. Определение.

2. Классификация негонекокковых воспалительных заболеваний мочеполовых органов (по И.И.Ильину).

Полового происхождения: венерические (хламидиоз, трихомониаз, генитальный герпес) и условно венерические (микоплазмоз, уrogenитальный кандидоз).

Неполового происхождения: инфекционные (сопровождают инфекционные заболевания) и неинфекционные (травматические, обменные, аллергические, адгезивные, при опухолях и т.п.).

3. Эпидемиология.

Распространенность среди населения.

Эпидемиологическая значимость: влияние на беременность и роды, развитие воспалительных заболеваний органов малого таза, онкологических заболеваний, внеполовые осложнения и т.д.

Источники и пути заражения. Микст-инфекция.

Хламидиоз

1. *Этиология.* Возбудитель *Ch.trachomatis* - грамотрицательные бактерии. Признаки, позволяющие относить хламидий к бактериям, сродство с вирусами. Жизненный цикл хламидий внутри клеток: элементарные, ретикулярные и переходные тельца, их морфология, размеры, колонии хламидий, продолжительность цикла.

Локализация возбудителя: в эпителиальных клетках слизистых оболочек (уретра, цервикальный канал, прямая кишка, конъюнктивиты глаз, глотка), а при генерализованном хламидиозе в эпителиальных и эпителиоидных клетках ретикулоэндотелия, лейкоцитах, моноцитах, макрофагах. Морфологическое, биологическое и антигенное сходство возбудителя трахомы, уrogenитальной инфекции и конъюнктивита с включениями. Наличие нескольких серотипов хламидий (Д-К).

Причины бесплодия (аутоиммунный процесс в области органов малого таза за счет продуцирования хламидиями белков «теплового шока», сходных с человеческими сперматозоидов антиспермальными антителами). Переживание вне организма хозяина.

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.

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.

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. Заболевания у новорожденных: уретрит, вульвит, офтальмия, отит, фарингит, пневмония. Экстрагенитальные хламидиозы: проктит, фарингит, евстахеит, уретроцистит, конъюнктивит. Болезнь Рейтера.

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).

6. Лечение.

Антибиотики: доксициклин, тетрациклин, азитромицин (сумамед), эритромицин, офлоксацин (таривид), ломефлоксацин, пefлоксацин, 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.

Трихомониаз

1. Этиология.

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

2. Эпидемиология.

Заболеваемость населения. Источники и пути заражения.

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.

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.

5. Диагностика.

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

6. Лечение.

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

Бактериальный вагиноз (БВ)

1. Этиология.

Понятие о дисбиозе влагалища. Роль анаэробной флоры: *Gardnerella vaginalis*, пептострептококк, бактероиды, вульгарный протей, мобилункус и др. Морфология *Gardnerella vaginalis*, доля в нормальной влагалищной флоре, отношение к эпителиальным клеткам.

Факторы, способств. развитию БВ.

2. Эпидемиология.

Распространенность среди женщин. Группы риска (сексуально-активные женщины, часто меняющие половых партнеров, использующие внутриматочные контрацептивы, алкоголики, наркоманы, токсикоманы и т.д.). Медико-социальная значимость: частые акушерские (недоношенность, преждевременные роды, ранний разрыв плодного пузыря, внутриматочные инфекции плода и т.д.) гинекологические осложнения.

3. Клиника.

Субъективные ощущения (зуд, жжение, болезненный половой акт), гомогенные выделения, адгезированные на слизистой влагалища, нарушение менструального цикла.

4. Диагностика.

Основные критерии:

- 1) обнаружение 20% и более "ключевых клеток" в мазке, окрашенном по Граму;
- 2) изменение pH влагалищного отделяемого (pH более 4,5);
- 3) положительный аминотест (появление рыбного запаха при смешивании в равных количествах влагалищного отделяемого и 10% раствора КОРТ).

Дополнительные критерии: увеличение обсемененности влагалища микроорганизмами (до 10^5 - 10^{11} КО ЕД/г), резкое уменьшение

<p>лактобацилл (меньше 10^5 КО ЕД/г), уменьшение соотношения анаэробов к аэробам 100000:1 (норма 5:1), отсутствие лейкоцитоза.</p> <p>5. <i>Лечение.</i></p> <p>Общее: орнидазол (тиберал), метронидазол (трихопол), клиндамицин (далацин С). Доза, кратность назначения, длительность курса.</p> <p>Местные: вагинальный крем "Далацин", метронидазолгель, клеоцин, клион-Д, перекись водорода, молочная кислота, пиофаг, колифаг, бифидумбактерин, лактобактерин.</p>	
<p>Студент должен уметь:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Осуществить забор материала для исследования . Провести пробу Томпсона . Установить диагноз . Назначить лечение . Провести контроль излеченности 	

III. Задания для самостоятельной работы по изучаемой теме:

1. Перечислите возбудителей урогенитальных ИППП

2. Дайте определение урогенитальных ИППП

3. Проба Томпсона, значение, чтение результатов

4. Дайте характеристику передних уретритов

5. Характеристика тотального уретрита

6. Составьте схему лечения хронического специфического уретрита

7. Заполните таблицу:

Заболевание	Время лечения	Инкубационный период	Лабораторные исследования			Общее лечение	
			бактериоскопия	бактериология	ИФА, РИФ, ПЦР	Цефтриаксон, тетрациклин, азитромицин	Метронидазол, орnidазол, тинидазол
Гонорея							
Хламидиоз							
Трихомониаз							
Микоплазмоз (уреаплазмоз)							
Бактериальный вагиноз							

8. Приведите классификации гонореи, трихомониаза и др. урогенитальных ИППП:

9. Перечислите необходимый (рекомендуемый) объем исследований при урогенитальных ИППП:

10. Необходимый объем исследований при кольпите

11. Критерии диагноза «Бактериальный вагиноз»

Тема: № 13 "АМБУЛАТОРНЫЙ ПРИЕМ КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ"

I. Вопросы для проверки исходного уровня знаний:

1. Какие инструменты должен иметь дерматолог на приеме?
2. Каков обязательный набор инструментария на амбулаторном приеме вен. больных?
3. Какие признаки отличают кожные болезни от венерических?
4. На каких основных моментах строится предварительный диагноз?
5. Чем отличается окончательный диагноз от предварительного?

II. Целевые задачи: научить студентов вести амбулаторный приём

кожных и венерических больных и ознакомить с ведением необходимой документации.

<p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Возможные и излюбленные места проявлений 1. кожных и вен. больных. 2. Специальные дерматологические методы исследования. 3. Методы исследования на вен. болезни. 4. Необходимый набор патологического материала для исследования на инфекционные и паразитарные дерматозы. 5. Проведение набора материала на вен. болезни. 6. Материал и места забора для для последующего обследования на ИППП. 7. Основные методы лабораторной диагностики в ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ, СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ. Владикавказ, 2008. - 33 с. 8. Средства общей и местной терапии в ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ. Владикавказ, 2008. - 33 с. 9. Основные законодательства по охране здоровья населения. 10. Принципы диспансеризации больных. <p>Студент должен уметь:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Собрать жалобы и анамнез больного. Провести осмотр кожи и видимых слизистых. 2. Использовать необходимые специальные методы исследования в дерматовенерологии (диаскопия, поскабливание, пальпация, определение дермографизма и др.). 3. Клинически определить морфологические элементы сыпи на коже и слизистых оболочках. 4. Составить амбулаторную карту болезни. 5. Провести набор патологического материала для исследования. 6. Пользоваться люминесцентной лампой Вуда. 7. Интерпретировать лабораторные анализы кожных и вен. больных. 8. Выписать рецепты на лекарственные препараты. 9. Назначить средства первичной и вторичной профилактики в дерматовенерологии. 	<p>Основная литература</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Учебник. Москва, 2007. – 538 с. 2. Бетров В.Т. СЛОВАРЬ – СПРАВОЧНИК ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА. Владикавказ, 1994. – 79 с. (имеется на кафедре). 3. Бетров В.Т., Кобаидзе Л.М., Беликова З.Ф. ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Владикавказ, 2009. – 39 с. 4. В.Т. Бетров. МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ЭЛЕМЕНТЫ СЫПИ, СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ И ОСНОВНАЯ ГИСТОПАТОЛОГИЯ КОЖИ. Владикавказ, 2008. - 33 с. 5. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ. Руков. под ред. проф. А.А. Студницина. Москва, 1983. – 559 с. <p>Дополнительная литература</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Скрипкин Ю.К., Зверькова Ф.А., Шарапова Г.Я., Студницин А.А. РУКОВОДСТВО ПО ДЕТСКОЙ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ. Ленинград, 1983. – 477 с. 2. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ К РЕЦЕПТУРЕ. Тотоонов Б.А., Бетров В.Т. Владикавказ, 1995. – 72 с. (имеется на кафедре). 3. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Руков. для врачей, 2 тома. Под ред. Ю.К. Скрипкина и В.Н. Мордовцева. Москва, 1999. 4. Иванов О.Л., Молочков В.А., Бутов Ю.С., Кряжева С.С. КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ. Москва, 2002. – 478 с.
--	---

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие существуют классификации элементов сыпи
2. Основные группы лечебных препаратов для лечения дерматозов

3. Какие средства наружной терапии применяют при мокнущей?
Уметь выписать рецепт.
4. Какие средства терапии применимы при остром воспалении кожи без мокнущей?
Уметь выписать рецепт.
5. Если на коже имеется очаг хронической инфильтрации кожи с лихенификацией и шелушением, то какое средство следует применить местно?
Уметь выписать рецепт.
6. Какие препараты обязательно используются для этиотропного лечения распространенных форм микозов и пиодермии?
 - А) антибиотики,
 - Б) витамины,
 - В) Сульфаниламиды,
 - Г) Гормоны щитовидной железы
7. Каков необходимый объем исследований при обследовании на «Гонорею девочек»?
8. Необходимый объем анализов при обследовании на сифилис?

1. Методика обследования на кожные и венерические болезни.

2. Специальные методы исследования в клинике кож. вен. болезней.

3. Выписывание рецептов на средства общей и местной терапии в дерматовенерологии.

4. Средства наружной терапии и техника их применения
(примочки, присыпки, болтушки, мази, пасты, кремы, аэрозоли).

5. Методы лабораторных исследований в дерматовенерологии.

6. Законодательство по охране здоровья населения

7. Решите клинические задачи:

1) На коже у больного 20 лет парная папуло-везикулёзная сыпь и зуд кожи вечером.
В каком кабинете КВД его должны обследовать? ...

Предварительный диагноз? ...

Какие исследования необходимо сделать больному? ...

Какое предполагаемое лечение? ...

2) На приём в кабинет к дерматологу привели девочку 6 лет с жалобами на зуд, покраснение и выделения в области половых органов.

В каком кабинете КВД её должны обследовать? ...

Предварительный диагноз? ...

Каков план обследования? ...

3) У молодого человека при трудоустройстве МРП оказалась положительной (++).

О каком предполагаемом заболевании должно думать? ...

Диф. диагноз? ...

Тактика дерматовенеролога? ...