

Міністерство освіти і науки України
Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна

ЛЕПРА

Методичні рекомендації
для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Дерматологія, венерологія»

Електронний ресурс

Рецензенти:

М. С. Матвієнко – доктор філософії (медицина), доцент, завідувачка кафедри загальної хірургії, анестезіології та паліативної медицини;

В. Д. Бабаджан – доктор медичних наук, професор кафедри внутрішньої медицини № 2, клінічної імунології та алергології імені академіка Л. Т. Малої, Харківський національний медичний університет Л. Т. Малої, Харківський національний медичний університет.

*Затверджено до розміщення в мережі Інтернет рішенням Науково-методичної ради
Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна
(протокол № 8 від 16 травня 2023 року)*

Л48 **Лепра** : методичні рекомендації для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу з дисципліни «Дерматологія, венерологія» [Електронний ресурс] / укладачі Т. І. Лядова, О. В. Волобуєва, Д. М. Дорош. – Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2023. – (PDF 27 с.)

Методичні рекомендації розроблені колективом викладачів кафедри інфекційних хвороб та клінічної імунології медичного факультету Харківського національного університету імені В. Н. Каразіна. Надається орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти, де чітко визначені, послідовно та детально описані рекомендації щодо підготовки на кожному етапі практичного заняття. Наведено перелік основних теоретичних питань і практичних навичок, структура та зміст теми, надані тестові завдання для контролю вихідного та кінцевого рівня знань, вказана основна та додаткова література, у додатках є посилання на електронні ресурси навчально-методичних матеріалів кафедри.

УДК 616.5-002.73-07-08(072)

© Харківський національний університет
імені В. Н. Каразіна, 2023

© Лядова Т. І., Волобуєва О. В.,
Дорош Д. М., укл., 2023

ЗМІСТ

Орієнтовна карта роботи здобувачів вищої медичної освіти при підготовці до практичних занять	4
Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття «ЛЕПРА»	6
ОСНОВНІ ПИТАННЯ (основні теоретичні питання та основні практичні навички з теми практичного заняття)	7
Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ	8
СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ	10
Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ	21
САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання за темою практичного заняття	23
Список рекомендованої літератури (основна, додаткова)	23
Додаток 1. Офіційний сайт Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна та кафедри загальної та клінічної імунології та алергології медичного факультету	24
Додаток 2. ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна eKhNUIR	25
Додаток 3. Офіційна група у Facebook, що присвячена Кафедрі Загальної та Клінічної Імунології та Алергології Харківського Національного Університету імені В. Н. Каразіна. Новини, оголошення, корисна інформація для студентів	26

ОРІЄНТОВНА КАРТА РОБОТИ ЗДОБУВАЧІВ ВИЩОЇ МЕДИЧНОЇ ОСВІТИ ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

Підготовчий етап:	
1.	Знати міждисциплінарну інтеграцію теми практичного заняття із набутими теоретичними знаннями та практичними навичками з базових дисциплін (медична біологія, медична та біологічна фізика, латинська мова, анатомія людини, нормальна та патологічна фізіологія, біологічна та біоорганічна хімія, патологічна анатомія, мікробіологія, вірусологія та імунологія, фармакологія, філософія та ін.). Знати термінологію (і в латинській транскрипції).
2.	Мотиваційна характеристика та обґрунтування теми практичного заняття для формування клінічного мислення , зокрема для подальшого формування умінь застосовувати знання щодо діагностики основних симптомів і синдромів та можливостей сучасних лабораторно-інструментальних методів обстеження в процесі подальшого навчання та у майбутній професійній діяльності.
3.	Ознайомитися з видами навчальної діяльності, інформація за якими надана на довідкових стендах кафедри: календарно-тематичні плани лекцій, практичних аудиторних занять та позааудиторна самостійна робота здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання, що відповідають Навчальному плану типової та робочої Програми навчальної дисципліни «Дерматологія, венерологія».
4.	Використання відповідної основної і додаткової навчально-методичної літератури: • підручники та навчальні посібники (друковані та електронні варіанти), список яких наданий у цих методичних рекомендаціях після теоретичного розділу; • навчально-методичні матеріали кафедри (методичні рекомендації для самостійної підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання з дисципліни «Дерматологія, венерологія» до практичних занять та для позааудиторної самостійної роботи); • відвідування лекцій (аудиторне лекційне забезпечення навчального процесу з використанням multi-media презентацій) – згідно календарно-тематичного плану. Для підготовки використовувати друковані видання, які можна отримати в бібліотеці, та/або електронні версії цих видань, що розміщені на офіційному сайті ХНУ імені В. Н. Каразіна http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments (навігація за розділами: ... / Факультети / Кафедри / Інфекційних хвороб та клінічної імунології) – див. <u>Додаток 1</u>; та у відкритій інтерактивній базі електронного архіву ресурсів Репозитарію ХНУ імені В.Н.Каразіна http://ekhnuir.univer.kharkov.ua

(навігація: Медичний факультет / Навчальні видання. Медичний факультет) – див. <u>Додаток 2</u> . Бажано нотувати основні питання у вигляді конспектів.	
Основний етап: Практичні заняття тривалістю 4 академічні години проводяться на клінічній базі кафедри — КНП «Державний дерматовенерологічний диспансер №1» Харківської міської ради (Харків, вулиця Цілиноградська, 50) – див. <u>Додаток 3</u> . Увага! Кожен здобувач вищої медичної освіти зобов'язаний мати медичний халат, змінне взуття, медичну шапочку, маску, бахіли, стетофонендоскоп.	
1.	Для досягнення учбової мети практичного заняття та засвоєння теоретичної частини теми – треба ВИВЧИТИ та ЗНАТИ відповіді на основні теоретичні питання з теми заняття (див. перелік основних теоретичних питань), які будуть перевірятися викладачем шляхом усного та/або письмового опитування (корекція, уточнення, доповнення відповідей) на основному етапі проведення практичного заняття.
2.	ВМІТИ вирішувати з поясненнями теоретичні, тестові (для контролю вихідного та кінцевого рівня знань), ситуаційні задачі та рецептурні завдання, які запропоновані для засвоєння теми.
3.	ОВОЛОДІТИ ПРАКТИЧНИМИ НАВИЧКАМИ з теми заняття: ● Приймати активну участь у демонстрації викладачем методики дослідження тематичного хворого, та відпрацьовувати практичні навички біля ліжка хворого під контролем викладача. ● Провести курацію хворих, дати інтерпретацію отриманим лабораторним та інструментальним методам дослідження, вміти користуватися необхідними приладами, приборами, інструментами. ● Встановити діагноз, провести диференційний діагноз, проаналізувати принципи лікування, виписати рецепти на основні лікарські препарати.
4.	ВИКОНАТИ обов'язкові завдання, що передбачені для самостійної аудиторної та позааудиторної роботи.
Заключний етап:	
1.	На підставі опанування теоретичних знань та практичних навичок з теми формувати клінічне мислення та навички встановлення синдромного діагнозу для подальшого навчання професії лікаря.

Мета та основні завдання роботи за темою практичного заняття

«ЛЕПРА»

Підвищення рівня знань з питань етіології, патогенезу, класифікації, клініки та діагностики хворих на лепру: основні клінічні та інструментальні методи обстеження, навчити здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання сучасній тактиці ведення хворих з шкірною патологією.

ОСНОВНІ ПИТАННЯ:

**Здобувач вищої медичної освіти 4-го року навчання повинен ЗНАТИ
(основні теоретичні питання):**

- етіопатогенез лепри;
- клінічну класифікацію проявів лепри;
- особливості клінічних проявів лепри;
- особливості клінічного перебігу, стадії лепри;
- характеристику найчастіших уражень шкіри при лепрі;
- особливості диференційного діагнозу уражень шкіри;
- методи лабораторної діагностики;
- принципи лікування лепри;
- принципи профілактики;
- правила диспансеризації.

**Здобувач вищої медичної освіти 4-го року навчання повинен ВМІТИ
(основні практичні навички з теми практичного заняття):**

- зібрати анамнез хвороби;
- обстежити хворого і виявити основні симптоми захворювання, обґрунтувати клінічний діагноз;
- провести диференціальну діагностику;
- на основі клінічного обстеження своєчасно розпізнати можливі ускладнення захворювання та невідкладні стани;
- оформити медичну документацію за фактом встановлення попереднього діагнозу;
- скласти план лабораторного і додаткового обстеження хворого;
- інтерпретувати результати лабораторного обстеження;
- аналізувати результати специфічних методів діагностики в залежності від матеріалу і терміну хвороби;
- скласти індивідуальний план лікування з урахуванням клінічних даних, стадії хвороби, наявності ускладнень, тяжкості стану, алергологічного анамнезу, супутньої патології; надати невідкладну допомогу на догоспітальному етапі;
- дати рекомендації стосовно режиму, дієти, обстеження.

Матеріали доаудиторної самостійної роботи.

3.1. Базові знання, вміння, навички, необхідні для вивчення теми (міждисциплінарна інтеграція)

Дисципліна	Знати	Вміти
Попередні дисципліни		
Фізіологія	Параметри фізіологічної норми органів і систем людини; показники лабораторного обстеження в нормі (заг. ан. крові, сечі, біохімія крові, параметри КОС, електролітів тощо).	Оцінити дані лабораторного обстеження.
Патофізіологія	Механізм порушення функцій органів і систем при патологічних станах різного генезу.	Інтерпретувати патологічні зміни за результатами лабораторного обстеження при порушеннях функції органів і систем різного генезу.
Неврологія	Патогенез, клінічні ознаки токсичної енцефалопатії	Провести клінічне обстеження хворого з ураженням нервової системи.
Хірургія	Клініко-лабораторні ознаки тяжких станів, тактику невідкладної допомоги.	Своєчасно поставити діагноз та ускладнень, призначити відповідне обстеження, надати невідкладну допомогу.
Пропедевтика внутрішніх хвороб	Основні етапи та методи клінічного обстеження хворого.	Зібрати анамнез, провести клінічне обстеження хворого, виявити патологічні симптоми і синдроми. Аналізувати отримані дані.
Клінічна фармакологія.	Фармакокінетику, фармакодинаміку, побічні ефекти сульфонових засобів, засобів патогенетичної терапії.	Призначити лікування в залежності від віку, індивідуальних особливостей хворого, вибрати оптимальний режим прийому та дозу

		препарата, виписати рецепти.
Реанімація та інтенсивна терапія	Невідкладні стани: • ІТШ • Анафілактичний шок • Інфекційно-токсична енцефалопатія	Своєчасно діагностувати та надати невідкладну допомогу при невідкладних станах: • ІТШ • Анафілактичний шок • Інфекційно-токсична енцефалопатія

Тестові завдання для контролю ВИХІДНОГО РІВНЯ ЗНАНЬ:

1. Яким збудником викликається лепра:
 - А. Мікобактерія Коха
 - Б. Тільця Боровського
 - В. Мікобактерія Ганзена
 - Г. Мікобактерія Гімза
 - Д. Тільця Фатера
2. Перебіг лепри:
 - А. Хронічний багаторічний без ремісій і загострень
 - Б. Хронічний багаторічний схильний до ремісій і загострень
 - В. Хронічний без рецидивів
3. Тривалість інкубаційного періоду при лепрі в середньому:
 - А. 3 місяці
 - Б. 3-5 років
 - В. 7-10 днів
 - Г. 7-10 місяців
 - Д. 1-2 роки
4. Яким первинним елементом висипу представлена лепрома:
 - А. Горбик
 - Б. Везікула
 - В. Папула
 - Г. Вузол
 - Д. Пустула
5. Які види чутливості порушуються при туберкулоїдному типі лепри:
 - А. Больова
 - Б. Тактильна

- В. Температурна
- Г. Усе перелічене вірно

6. Для лікування лепри використовують:

- А. Цитостатики
- Б. Кортикостероїди
- В. Сульфові препарати
- Г. Антимікотичні препарати
- Д. Антигістамінні препарати

7. Для лікування лепри застосовують:

- А. Дапсон
- Б. Тетрациклін
- В. Диклофенак
- Г. Тинідазол
- Д. Пеніциліну G натрієва сіль

8. Враженням периферичних нервів супроводжується перебіг при лепрі:

- А. Лепроматозної форми
- Б. Туберкулоїдної форми
- В. Діморфної форми
- Г. Недиференційованої лепри
- Д. Всі варіанти вірні

9. Виключіть неправильне твердження:

- А. Лепра широко поширена в країнах Азії
- Б. Мікобактерії лепри відсутні в слюзах і сечі
- В. Найбільша кількість мікобактерій лепри знаходиться на слизових рота і носа
- Г. Найчастіше зараження відбувається при тривалому контакті з хворим на лепру

10. Що з перерахованого не відносять до заходів профілактики поширення лепри?

- А. Дотримання санітарно-гігієнічних правил
- Б. Профілактичне лікування осіб, які проживають в ендемічних по лепрі районах
- В. Регулярне обстеження контактних осіб
- Г. Ізоляція хворих на лепру в спеціальні установи (лепрозорії)

Еталони відповідей: 1 – В, 2- Б, 3 – Б, 4 – А, 5 – Г, 6 – В, 7 – А, 8 – Д, 9 – Б, 10 – Б.

СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ ТЕМИ

Лепра, синоніми: проказа, хвороба Ганзена, ганзеніаз, хвороба святого Лазаря та ін. - хронічна генералізована інфекція з невизначеною тривалістю інкубаційного періоду та розмаїттям клінічних проявів і залученням у патологічний процес багатьох органів та систем. При лепрі в патологічний процес залучаються деривати ектодерми - шкіра, периферична нервова система, органи зору, а також внутрішні органи, кістки й суглоби.

Епідеміологія. Лепра - одне з найдавніших захворювань, що було відомо людству задовго до початку нашої ери. Поширенню лепри сприяли війни й розширення торгових зв'язків, а також торгівля живим товаром — рабами. Найбільш значне поширення лепри в країнах Європи відбулося у XI-XII ст., що пов'язується з періодом хрестових походів. З огляду на епідемічну поширеність і тяжкі клінічні прояви це на той час «нове» для європейців захворювання викликало жах.

Із того часу в ряді європейських країн почали створюватися спеціальні ізолятори для хворих на лепру. Ці спеціальні будинки споруджували за межами міст, а їхніх мешканців (хворих на лепру) ізолювали від будь-яких стосунків із зовнішнім світом. У деяких країнах у давні часи хворих на лепру виганяли в безлюдні місця й навіть убивали. Завдяки ізоляції цих хворих у XVII ст. рівень захворюваності на лепру суттєво знизився, а наприкінці XIX ст. ця інфекція практично зникає на європейському континенті, за винятком деяких країн.

Нині у світі налічується близько 15 млн хворих на лепру - переважно серед найбідніших прошарків населення країн Африки, Азії, зокрема Індокитаю, та Південної Америки. В економічно розвинених країнах реєструються одиничні випадки її. В Україні на сучасному етапі також реєструються одиничні випадки захворювання на лепру. Лікування хворих на лепру в Україні здійснюється у спеціалізованому медичному закладі — лепрозорії, який функціонує у Одеській області, с. Очеретівка.

Етіологія. Збудника лепри (*Mycobacterium leprae hominis*) відкрив у 1874 р. норвезький лікар G. Hansen. Він виявив його у зішкрібку з поверхні розрізу вузла у хворого на лепру, а у 1879 р. німецький мікробіолог А. Нейссер запропонував методику забарвлювання бактерій лепри. Тому в літературі інколи збудник лепри описується як мікобактерія Ганзена-Нейссера. Збудник лепри зовнішньо нагадує до певної міри збудника туберкульозу, це грам-позитивна спирто- й кислотостійка мікобактерія завдовжки 1,5-6 мкм та завширшки 0,2-0,5 мкм. Зазвичай мікобактерії знаходять у свіжих лепромах у великій кількості. У

лепромах зустрічаються зернисті, кокоподібні, ниткоподібні, булавоподібні, гантелеподібні форми збудника. Як і інші мікобактерії, мікобактерії лепри забарвлюють за Цилем-Нільсеном у червоний колір: у клітинах тканин їх виявляють у вигляді кулястих скупчень, в яких окремі мікобактерії розміщено паралельно одна до одної, що нагадує розташування сигарет у пачці («сигаретні пачки»). Мікобактерія лепри- облігатний внутрішньоклітинний паразит тканинних макрофагів і клітин ретикулоендотеліальної системи, що виявляє виражений тропізм до шкіри та периферичних нервів. На пізніх стадіях розвитку процесу ці мікобактерії зустрічаються в багатьох тканинах організму.

Патогенез. Потрапивши в організм, збудник лепри долає шкірно-слизовий бар'єр, проникає в нервові закінчення, лімфатичну та кровоносну системи й поступово поширюється по всьому організму, не спричиняючи помітних змін (прихована генералізація). У разі достатньої імунної резистентності організму мікобактерії лепри переходять у латентну стадію невизначеної тривалості або гинуть (випадки самовиліковування достовірно встановлено при малобацилярній лепрі).

Патогенетичним механізмом при лепрі є утворення імунокомпетентної гранульоми. Такі гранульоми виникають, якщо збудників, занесених в організм, не повністю зруйновано макрофагами. Це призводить до індукції клітинної та гуморальної імунної відповіді. Лепрома (лепрозний горбик, лепроматозна гранульома)- загальна назва специфічних гранулом, які спостерігають при лепрі.

Ураженість лепрою населення різних країн залежить перш за все від соціально-економічних чинників, рівня життя, загальної санітарної культури. Лепру відносять до малоконтагіозних хвороб. На сучасному етапі вважається, що основним, а можливо, і єдиним джерелом інфекції є хвора людина, яка виділяє мікобактерії з мокротинням, слиною, сечею, грудним молоком, спермою. З усіх вивчених експериментальних тварин тільки в представників родини броненосців при введенні великих доз мікобактерій лепри вдалося отримати генералізовану інфекцію. Головний шлях проникнення збудника - повітряно-крапельний, а також через пошкоджену шкіру. Певна річ, це не виключає можливості зараження через ті чи інші предмети побуту, які були в користуванні хворого, особливо при найзаразнішій формі лепри - лепроматозній. Можливе зараження при нанесенні татуювання, вакцинації, оперативному втручанні, не виключено роль у цьому кровососних комах.

Заражуваність лепрою набагато нижча порівняно з іншими хронічними інфекційними захворюваннями, в тому числі й туберкульозом. Чим триваліший контакт із хворим, тим вища ймовірність інфікування здорової людини. Проте не є рідкістю випадки тривалого й найтіснішого контакту, коли один із подружжя хворів на лепру, а інший протягом багатьох років залишався здоровим. Можливо, під час такого контакту в результаті багаторазових повторних аутоінокуляцій в організмі здорової людини розвивається сенсibilізація до інфекційного першопочатку. Достовірно інфікування в більшості випадків відбувається в

дитячому віці через тісний контакт із хворою матір'ю. Це зумовлено анатомо-фізіологічними особливостям дитини, підвищеною уразливістю шкіри та слизових оболонок, а також значною схильністю інфекційних хвороб у дитячому віці. Сприяють виникненню лепри висока температура довкілля, надмірна вологість, а також вологий клімат тропічних і субтропічних країн.

Потребує роз'яснення проблема бацилоносійства при лепрі. Так, виявлення мікобактерій Ганзена на слизовій оболонці у практично здорових осіб, особливо медичного персоналу лепрозоріїв та членів сім'ї хворого на лепру ще не є показником захворювання. Для підтвердження діагнозу прихованої лепри в таких носіїв мікобактерій неодмінною умовою має бути багаторазове виявлення їх у зішкрібку слизової оболонки носа.

Інкубаційний період та передвісники. Жодна із інфекційних хвороб не має такого тривалого інкубаційного періоду, як лепра. Інкубаційний період при лепрі може коливатися від 2-3 років до 10-20 років та більше. У кінці періоду інкубації, який інколи називають латентною фазою захворювання, з'являються різноманітні, на жаль, мало характерні для цієї недуги симптоми.

У ряді випадків хвороба починається з анемії, яка швидко прогресує, загальної млявості, сонливості, болю в суглобах. Пароксизмальні невралгії в кінцівках, парестезії, акроасфіксії, порушення потовиділення, а згодом чутливості передують розвиткові явного поліневриту. Часто реєструються явища риніту, виникають носові кровотечі. Через певний час (від кількох тижнів до кількох років) хвороба вступає у фазу виражених клінічних проявів того чи іншого типу.

Класифікація. Єдиної загальноприйнятої класифікації цієї хвороби з огляду на багатолікість клініки та особливості перебігу немає. У практичній діяльності вирізняють три типи лепри - лепроматозний (*lepra L.*), туберкулоїдний (*lepra T.*) і недиференційований (*lepra J.*) тип.

Клініка. Найхарактернішими проявами при лепрі є ураження шкіри й нервової системи, часто вони комбінуються, але первинно зазвичай виникають шкірні прояви, далі їх доповнюють неврологічні порушення. Тому при клінічній діагностиці слід урахувати, що при лепрі можуть спостерігатися плями, горбики, вузли, уртика.

Лепроматозний тип лепри. Це найтяжча форма лепри, при якій уражаються шкіра, слизові оболонки, очі, лімфатичні вузли та багато вісцеральних органів. При різко зниженій резистентності процес набуває злоякісного характеру (лепромінова проба негативна). Хворий виділяє велику кількість мікобактерій. У цій стадії він становить найбільшу небезпеку для тих, хто його оточує. Розвивається лепроматозний тип лепри самотійно або формується на основі інших типів і характеризується поліморфізмом клінічних проявів. Окрім шкіри, при лепроматозному типі в патологічний процес залучаються ще й слизові оболонки носа, рота, носоглотки, гортані, інколи трахеї, лімфатичні вузли, периферичні нервові стовбури, органи зору, слуху, сечостатевої, а інколи й вісцеральні органи.

Зазвичай процес починається непомітно з появи на шкірі різних за величиною круглих або неправильної форми червоних плям із фіолетовим чи вишневим відтінком та із своєрідно блискучою поверхнею. Відносна чіткість меж, а інколи й наявність незначного інфільтрату створюють враження пастозності. Інколи плями мають форму кіл і півкіл. На початкових стадіях чутливість у межах плям може бути збережено, інколи на них реєструють гіперестезію. Із часом чутливість спочатку знижується, а потім зникає. Поступово плями стають щільними, утворюються масивні інфільтрати, які набувають іржавого кольору, поряд зі шкірою до процесу залучається підшкірна жирова клітковина. Утворюються лепроми. Інфільтрати найчастіше виникають на обличчі, особливо в ділянці надбрівних дуг, лоба, крил носа, на мочках вух, рідше на тильному боці кистей, внутрішніх поверхнях передпліч, сідницях, стегнах, гомілкях. Таким чином, плямисті інфільтрати можна спостерігати на будь-якій ділянці шкіри. На обличчі це призводить до порушення міміки, спотворення його - на ньому виникає злий вираз (симптом «морди лева»-«*facies leonine*»), що зумовило появу одного із синонімів лепри - назви «леонтіазис».

У міру дальшого перебігу хвороби вже через кілька місяців або років на блискучому (особливо на обличчі) тлі шкіри дедалі виразніше йде формування вузлів. При злитті вузлів утворюється дуже великий пухлиноподібний інфільтрат із нерівною горбистою поверхнею. При пальпації можна визначити, що ці інфільтрати навіть за наявності конгломерату пухлин складаються з окремих лепром. У ряді випадків від самого початку у хворих можуть виникати лепроматозні інфільтрати, що поширюються на дерму й підшкірну жирову клітковину. Такі інфільтрати найчастіше розвиваються на сідницях, нижніх кінцівках і тулубі. Пізніше на поверхні інфільтратів з'являються ніжні телеангіектазії та ледь помітне лущення. Інфільтрація надбрівних дуг призводить до стійкого випадання волосся в латеральній частині брів.

Інфільтративні зміни можуть відбуватися не тільки на обличчі, кінцівках, окремих ділянках тулуба, але й у внутрішніх органах.

На слизових оболонках процес, як і на шкірі, може починатися з появи окремих лепром або дифузного лепроматозного інфільтрату. Типовими ознаками ураження слизової оболонки носа є сухість і наявність кірочок, які щільно сидять. У процесі еволюції та поширення інфільтрату на хрящі та кісткову тканину носоглотки може виникнути перфорація носової перегородки. Руйнування носової перегородки відбувається на межі переходу хряща в кістку, у зв'язку з цим западання спинки носа спричиняє підняття його кінчика трохи вгору. Деформаціями після утворення рубців супроводжується ураження твердого та м'якого піднебіння, язика, губ та інших ділянок порожнини рота. При ураженні надгортанника голос стає хрипким (афонія) й може навіть порушуватися дихання.

Не менш характерною ознакою лепроматозної форми лепри є ураження органа зору. Можуть розвиватися кон'юнктивіт, кератит, епісклерит, ірит, іридоцикліт. Унаслідок хронічного іридоцикліту пошкоджується кришталік і в

результаті розвивається катаракта. Усе це різко впливає на гостроту зору. У результаті лепрозного ураження нерідко розвивається сліпота.

Із внутрішніх органів на лепроматозну інфекцію найактивніше реагує селезінка у вигляді спленомегалії. Реєструються порушення функції нирок, печінки, легень. Помітні зміни відбуваються й у статевій сфері. У чоловіків можуть уражатися сім'яник, передміхурова залоза та особливо органи калитки. Лепроматозний орхоепідідиміт майже завжди буває двобічним. Якщо ураження розвивається до періоду статевого дозрівання, у хворого спостерігається інфантилізм із відсутністю вторинних статевих ознак. Часто реєструють гінекомастію. У жінок унаслідок склеротичних змін у яєчниках виникає стійке порушення менструального циклу, яке призводить до передчасного клімаксу. Якщо на лепру захворіє дівчинка, то через недорозвинення яєчників може спостерігатися (рідше, ніж у чоловіків) інфантилізм статевих органів.

Лімфатичні вузли уражаються рано, й певний час збільшення їх може бути єдиним клінічним проявом початку захворювання. Найчастіше збільшуються стегнові (інколи до розміру гусячого яйця), ліктеві, пахвові, пахові, шийні, рідко потиличні лімфовузли, в пунктаті яких майже завжди можна виявити мікобактерії лепри. Спостерігаються дистрофічні зміни в нігтях (потовщення їх, підвищена ламкість).

Для лепри взагалі, а для її лепроматозного типу особливо характерні загострення, які періодично виникають, або лепрозні реакції (найчастіше навесні та восени). Починаються вони як раптово, так і поступово з продрому у вигляді загальної млявості, втомлюваності, головного болю, болю в кістках. Сприяють виникненню загострення застудні та інші захворювання, оперативне втручання, погрішності при лікуванні. Часто лепрозна реакція починається в період вагітності, пологів, під час лактації. Важливу роль у виникненні реакцій загострення відіграють і психоемоційні фактори. Нерідко передвісником лепрозової реакції може бути передчуття якоїсь небезпеки, відчуття страху.

Реакція загострення характеризується різкою активацією всіх клінічних проявів лепри. Часто на тлі високої температури тіла та збільшення лімфатичних вузлів плями трансформуються в лепрозні інфільтрати, лепроми стають соковитими, набувають яскраво-червоного відтінку, розпадаються й перетворюються на виразки. Водночас уже на інших ділянках шкіри з'являються у великій кількості різні за клінічною картиною висипання - плями, папули, бляшки, вузли. У процесі лепрозової реакції одночасно спостерігається й неспецифічна висипка у вигляді клінічних проявів багатоформної ексудативної еритеми, вузлуватої еритеми, пемфігоїдних елементів.

Лепрозні реакції можуть бути причиною облітерації лімфатичних судин уражених ділянок, що сприяє розвитку слоновості не тільки нижніх, але інколи й верхніх кінцівок. Описано особливу реакцію шкіри - некротичну еритему. Вона спостерігається тільки при реактивації дифузної лепроматозної лепри (переважно в країнах Латинської Америки) та характеризується появою

набряклих інфільтрованих бляшок і пухирів за типом багатформної еритеми з крововиливами у шкіру та розвитком некрозу.

Із боку внутрішніх органів реакції загострення проявляються збільшенням селезінки, печінки, появою болю (інколи дуже сильного) в яечках, суглобах, м'язах, кістках.

Ураження периферичної нервової системи виникає порівняно пізно та розвивається рідко й переважно за типом симетричного поліневриту.

Туберкулоїдний тип лепри. Зазначений тип уперше описано Ядассоном у 1898 р. Це найбільш доброякісна за перебігом клінічна форма лепри, яка розвивається в суб'єктів із вираженою резистентністю та свідчить про високу опірність організму (лепромінова проба позитивна). При туберкулоїдному типі лепри в патологічний процес залучаються переважно шкіра й нерви, рідко інші органи, немає вираженої клінічної симптоматики. Через мізерність висипки виявити збудника хвороби важко.

Різноманітність висипки на шкірі залежить від глибини розміщення висипань, характеру (гострий, підгострий, хронічний) і фази розвитку захворювання. Виділяють плямисту та бляшкотодібну форми туберкулоїдної лепри з елементами, які нагадують горбики при туберкульозному вовчакові або третинному сифілісі. Основними елементами шкірної висипки при туберкулоїдному типі лепри є дрібні червонувато-сині плоскі полігональні папули. Вони часто зливаються, утворюючи елементи у вигляді дисків, кіл, півкіл, овалів, інколи химерної форми. Характерною ознакою цього типу лепри є наявність валика по периферії, зовнішній край якого дещо піднято й чітко окреслено, він має червонувато-синюючий колір. Внутрішній край мало виражений і непомітно переходить у центральну бліду частину вогнища ураження, яка в давній висипці може бути атрофічною. Елементи висипки локалізуються на будь-якій ділянці шкіри й можуть бути одиничними або численними. Особливо часто вони спостерігаються в ділянці стегон, на згинальній поверхні гомілок тощо, однак на волосистій частині голови ніколи не зустрічаються.

Характерним для лепром є розлад чутливості, що особливо чітко виражено в центральній частині елемента висипки. Як завжди при лепрі, спочатку зникає термічна, потім больова й нарешті тактильна чутливість. Окрім цілковитої анестезії, яка настає через більш чи менш тривалий період, можна спостерігати гіперестезію, а також різні парестезії. Потовиділення при туберкулоїдному типі лепри, як і при лепроматозному, в ділянці елементів висипки порушується, а потім зникає. Волосся втрачає блиск, стає тьмяним, часто випадає.

Монотонний і спокійний перебіг лепри туберкулоїдного типу інколи може бути порушено реакцією загострення. У такому разі висипка стає яскравішою та насиченішою (особливо по периферії елементів). Далі висипка втрачає соковитість, сплющується. На поверхні з'являються лусочки, формуються атрофічні плями, в ділянці яких легко можна виявити втрату всіх різновидів чутливості.

Туберкулоїдні неврити проявляються потовщенням поверхневих шкірних гілочок у ділянці шкірної висипки, не виключено й ураження великих нервових стовбурів. При локалізації туберкулоїдного процесу в орбітальній частині лицевого нерва може розвинутися лагофтальм.

Недиференційований, або невизначений, тип лепри. Цей тип лепри є проміжним між лепроматозним і туберкулоїдним типами. Нерідко він переходить або в туберкулоїдний (більш сприятливий результат), або в лепроматозний тип при зниженні імунобіологічної резистентності та захисних сил організму.

Недиференційований тип лепри характеризується вираженою неврологічною симптоматикою та відсутністю типової висипки на шкірі. Хворий із таким типом лепри менш небезпечний для свого оточення, аніж хворий із лепроматозним типом.

Захворювання часто починається з появи на шкірі мізерної нестійкої переважно плямистої висипки різних обрисів. Плями можуть мати еритематозний, гіперхромний, ахромічний, еритематозно-дисхромічний характер і досить чіткі межі, інколи вони непомітно переходять на навколишню шкіру. Форма й розміри плям різні. В одному випадку це невеличкі круги та овали розміром від просіяного зерна до монети, а в іншому - кільцеподібні плями до 30 см та більше в діаметрі.

При цьому типі лепри неврологічну симптоматику представлено лепрозними невритами, які зазвичай розвиваються поступово; уражені нерви потовщуються, стають болючими. У відповідній зоні з'являються гіперестезії, анестезії, моторні, трофічні й вазомоторні порушення у вигляді паралічів, контрактур, аміотрофій, проникних виразок. Спокійний прогресуючий персбіг невритів може перериватися більш або менш тяжкими загостреннями. Найчастіше уражаються ліктювий та маломілковий нерви. Зазвичай ураження симетричні. Окрім утрати чутливості, спостерігається зниження рефлексів. Розвиваються аміотрофії різних груп м'язів. Аміотрофії м'язів обличчя призводять до появи «маски святого Антонія», аміотрофії кисті - до формування «лапи мавпи». Трофічні порушення спричиняють порушення розладів пігментації, випадання волосся, дистрофію нігтів, появи проникних виразок, мутиляції фаланг кистей («лапа тюленя»).

Діагностика. Для діагностики лепри, окрім тилової клінічної картини (з огляду на відповідні анамнестичні дані про перебування в ендемічних вогнищах), особливе значення мають спеціальні методи дослідження. Це перш за все бактеріоскопія та ряд клініко-функціональних проб.

Після ретельного огляду шкіри й оболонки, визначення стану нервових стовбурів і лімфатичних вузлів та перевірки чутливості треба провести бактеріоскопічне дослідження, що вельми важливо для ранньої діагностики.

Лабораторня діагностика. Для бактеріологічного дослідження беруть зішкрібок зі слизової оболонки носа та із ураженої ділянки шкіри, а також шкіри надбрівних дуг, мочки вуха, підборіддя, дистальних відділів кінцівок. Для взяття

зішкрібка шкіру затискають двома пальцями в складку, вздовж якої скальпелем роблять невеличкий надріз глибиною 1-2 мм і зішкрібають зі стінок надрізу матеріал, який переносять на предметне скло та забарвлюють за Цилем-Нільсеном для виявлення мікобактерій.

Функціональні проби. Фармакодінамічні проби допомагають виявити дуже ранні ураження периферичної нервової системи, що проявляються, окрім сенсорних, вазомоторними, секреторними та трофічними порушеннями. Це перш за все проби з гістаміном, морфіном та діоніном. По одній краплі 0,1% водного розчину гістаміну (або 1% морфіну, 2% діоніну) наносять на досліджувану ділянку шкіри (як на уражену, так і на неуразену). Через ці краплі проколюють шкіру, не зачіпаючи капіляр. У здорової людини на місці такого уколу має з'явитися через одну-дві хвилини обмежена еритема, ще через одну-дві хвилини її змінює рефлекторна еритема діаметром у кілька сантиметрів, у центрі якої утворюється пухир або папула. Ці три фази спостерігаються, як було сказано вище, у здорових людей, тоді як при лепрозних ураженнях рефлекторна еритема відсутня або виражена слабо.

Характерною ознакою для лепри є порушення потовиділення. Підозрілу щодо лепрозного ураження ділянку, а також шкіру навколо неї змащують 5-10% спиртовим розчином йоду й після підсихання припудрюють крохмалем. Для стимуляції потовиділення хворого поміщають у сухоповітряну ванну або дають випити гарячого чаю. На ділянці з непорушеним потовиділенням крохмаль, сполучившись із розчиненим йодом, забарвить шкіру в синій колір, тоді як на уражених ділянках цього не станеться.

Для виявлення лепрозного процесу застосовують нікотинову пробу (феномен спалаху). Через одну-три хвилини після внутрішньовенного введення 5-8 мл 1% водного розчину нікотинової кислоти з'являється й поступово посилюється еритема, яка зникає через 10-15 хв. Уражені ділянки зберігають яскраво-червоний колір, вони набрякають, а інколи на їхній поверхні виникають пухирі. При наявності гіпопігментованих плям для визначення вазомоторних порушень корисною є проба з накладанням гірчичника.

Лепромінова проба. Із багатьох поглядів цікавою імунобіологічною пробою є лепромінова проба. Як вихідний матеріал застосовують специфічний антиген (лепромін), який одержують із лепром. Пробу виконують шляхом інтрадермального введення лепроміну в дозі 0,1 мл у шкіру згинальної поверхні передпліччя. На місці введення лепроміну повинна утворитися «апелсинова шкірка». У здорових людей на другий або третій день на місці ін'єкції з'являються набряклість і почервоніння. *Трактування результатів лепромінової проби*

1. Негативна реакція: після ін'єкції утворюється папула діаметром менш від 3 мм, яка наприкінці другого дня зникає.

2. Слабкопозитивна реакція: утворюється набряклий вузликосий інфільтрат діаметром від 3 до 5 мм, оточений ледь помітним запаленим обідком.

3. Позитивна реакція: утворюється інфільтрат діаметром від 5 до 10 мм, набряк виражено вивищується над рівнем шкіри й оточений запальним віночком.

4. Різко позитивна реакція: з'являється соковита папула, яка перетворюється на вузол діаметром понад 10 мм, запальні явища різко виражено, часто утворюється виразка.

Така алергічна проба відіграє важливу роль у диференціації типу лепри, а також визначенні перебігу захворювання, ефективності лікування та прогнозу. Перехід лепромінової проби з негативної в позитивну завжди свідчить про поліпшення, а перехід її з позитивної в негативну - про зниження імунобіологічної реактивності організму. Ця проба може допомогти щодо прогнозу при недиференційованій лепрі, особливо при реакції загострення (у такому разі перехід позитивної лепромінової проби в негативну зазвичай говорить про трансформацію лепри в лепроматозний тип). У здорових дорослих людей, які ніколи не мали контакту з хворим на лепру, лепромінова проба позитивна. Ця проба має значення при обстеженні населення в ендемічних зонах, а також сімей хворих та персоналу лепрозоріїв. Діагностична цінність зазначеної реакції відносна. Її можна враховувати в комплексі з іншими даними, отриманими при обстеженні хворого. Як відомо, в усіх грудних дітей вона негативна. Для переходу негативної лепромінової проби в позитивну можна користуватися вакциною БЦЖ.

Диференційна діагностика. Диференційну діагностику при лепрі здійснюють відповідно до симптоматики як дерматологічну, неврологічну та спеціальну (із хворобами очей та верхніх дихальних шляхів).

Дерматологічну диференційну діагностику проводять із:

- еритематозними дерматозами (бешихою, поліморфною еритемою, вторинною та третинною сифілітичною розеолою);
- еритемато-сквамозними дерматозами (псоріазом, парапсоріазом, червоним вовчаком, рожевим лишаєм);
- дисхроміями (сифілітичною лейкодермою, лейкодермою після різноколірного лишаю, вітиліго);
- горбиковими й вузлуватими дерматозами (туберкульозом шкіри, третинними сифілідами, грибоподібним мікозом);
- виразковими дерматозами (хворобою Рейно, варикозними та гіпертонічними виразками).

Лікування та профілактика. Хронічний і нерівномірний перебіг лепри з гострими спалахами, різноманіття її клінічних проявів, відсутність експериментальної моделі утрудняють вивчення терапевтичної ефективності медикаментозних засобів при цій хворобі. Лепра нерідко дає виражене спонтанне поліпшення, яке може змінюватися погіршенням, із невеличких плям недиференційованого типу можуть виникати лепроми й навпаки. Відсутність мікобактерій на поверхні тіла не виключає наявності їх у внутрішніх органах. Хворий, щодо якого сьогодні отримано негативні бактеріологічні дані, через кілька тижнів може дати позитивні результати й навпаки. Звідси надзвичайна

суб'єктивність оцінки терапевтичної ефективності тих чи інших препаратів при лепрі. До нинішнього часу специфічних препаратів для лікування цієї тяжкої хвороби немає. Лікування хворого на лепру повинно бути комплексним і спрямованим на підвищення імунобіологічної резистентності організму стосовно лепрозої інфекції з одночасним застосуванням антибактеріальних препаратів у сполученні зі стимулювальними й загальнозміцнювальними засобами (гаммаглобуліном, пірогенними препаратами, вітамінами, ліпотропними середниками, метилурацилом, тималіном, гепатопротекторами тощо).

Основними етіотропними засобами нині є кілька груп препаратів. Це препарати сульфонового ряду - діамінодифенілсульфон (ДДС), дапсон, авлосульфон, діуцифон, діазон та ін., похідні тіосечовини - тибон, діамід. «СІБА-1906» або тіамбутозин; антибіотики й протитуберкульозні препарати — рифампіцин, ізопродіан, клофамізін, етіонамід, ізоніазид, тубазид, протіонамід, фторхінолони - офлоксацин, пefлоксацин. Одночасно призначають кілька етіотропних препаратів, оскільки до кожного з них упродовж багатьох десятиліть, виробилося багато резистентних штамів мікобактерій. Вибір того чи іншого медикаменту та визначення його дози мають бути індивідуальними. Тривалість лікування залежить від того, як хворий переносить препарати, від типу та стадії захворювання, загального стану організму. При виникненні реакції загострення лікування протилепрозними препаратами (особливо за наявності загальних явищ) відмінюють і переходять на симптоматичну, гіпосенсибілізуючу та загальнозміцнювальну терапію. Лікування рекомендується починати в умовах лепрозорію, де хворі перебувають від 6-18 місяців (при малобацилярній формі) до 5-10 років (при багатобацилярних формах), а потім переходять на амбулаторну терапію з регулярним медичним контролем.

Дітей, які народилися від хворих на лепру матерів, відокремлюють від них і переводять на штучне вигодовування (лепра через плаценту не передається). Усі члени сім'ї хворих на лепру ставляться на облік і мають проходити періодичні медичні огляди. Про кожен випадок лепри терміново повідомляють у місцеві органи охорони здоров'я. Хворого скеровують до спеціалізованого медичного закладу лепрозорію з дотриманням правил перевезення. Особи, які тривалий час перебували в контакті з хворим із багатобацилярною формою лепри, підлягають профілактичному лікуванню одним із протилепрозних препаратів.

Донині дискусійним залишається питання про форму ізоляції хворих на лепру (а останнім часом - про те, чи потрібно це взагалі). Зазначене питання є предметом дискусій на міжнародних конгресах і симпозіумах щодо лепри.

Прогноз. Прогноз при лепрі залежить від типу захворювання, стадії процесу в момент лікування та правильного добору лікарських середників. При туберкулоїдному типі лепри прогноз кращий, аніж при недиференційованому й особливо при лепроматозному. Після лікування в лепрозоріях за умов розсмоктування клінічно помітних проявів на шкірі та слизових оболонках, повторно негативних результатів досліджень на мікобактерію лепри

(*Mycobacterium lepre*) у зішкрібку зі слизової оболонки носа й у пунктаті лімфатичних вузлів хворого може бути виписано за умови амбулаторного лікування з диспансерним контролем у лікаря-лепролога або дерматолога.

Тестові завдання для контролю КІНЦЕВОГО РІВНЯ ЗНАНЬ

1. Яка першою порушується чутливість при лепроматозному типі лепри:
А. Тактильна
Б. Температурна
В. Больова
2. Чи розвиваються при лепроматозному типі лепри горбики на слизових оболонках порожнини рота, гортані:
А. Ні
Б. так
В. Рідко
3. Чи порушується потовиділення при туберкулоїдному типі лепри:
А. Ні
Б. Так
В. Рідко
4. Ураження у хворих на лепру зазнають:
А. Внутрішні органи
Б. Ендокринні залози
В. Центральна і периферична нервова система
Г. Шкіра
Д. Всі перелічені
5. До клінічних ознак туберкулоїдного типу лепри відносять?
А. Особа в вигляді «левої морди»
Б. Мутиляція кінцівок
В. Руйнування перегородки носа
Г. Дрібні, різко окреслені червонувато-синюшні з бурим відтінком папули і плями
Д. Симптом «кінської стопи»
6. Лепромінову пробу застосовують:
А. Для підтвердження діагнозу лепри
Б. Для лікування лепри
В. Для визначення прогнозу захворювання і якості лікування.
Г. Для диференціальної діагностики лепри з іншими дерматозами

- Д. Для профілактики захворювання
7. Препаратом вибору для лікування лепри є:
- А. Диаминодифенилсульфон (ДДС)
 - Б. Пеніцилін
 - В. Преднізолон
 - Г. Кальцію глюконат
 - Д. Метотрексат
8. Диференціальний діагноз лепри слід проводити з наступними захворюваннями:
- А. Бугорковий сифілід
 - Б. Антропонозної лейшманіоз
 - В. Туберкульозний вовчак
 - Г. Вітіліго
 - Д. Все перераховане вірно
9. Для бактеріоскопічного дослідження при лепрі:
- А. Роблять зшкребок слизової оболонки порожнини гортані
 - Б. Ураженої шкіри
 - В. Використовують пунктат з стегових або пахвинних лімфатичних вузлів
 - Г. Все перелічене разом
 - Д. Все перелічене, крім зшкребка з гортані
10. Тривалість лікування хворого на лепру залежить від:
- А. Загального стану організму
 - Б. Типу захворювання
 - В. стадії захворювання
 - Г. Усе перераховане є правильним
 - Д. Усе перераховане є неправильним

Еталони відповідей: 1-В, 2-Б, 3-Б, 4-Д, 5-Г, 6-В, 7-А, 8-Д, 9-Д, 10-Г.

САМОСТІЙНА АУДИТОРНА РОБОТА

здобувачів вищої медичної освіти 4-го року навчання

за темою практичного заняття

- Оволодіти методикою обстеження хворого на лепру
- Провести курацію хворого

- Провести диференціальну діагностику
- Скласти план лабораторного обстеження
- Інтерпретувати результати специфічного обстеження хворого на лепру
- Розпізнати ускладнення захворювання
- Скласти план лікування хворого
- Визначити лікарську тактику в разі виникнення невідкладних станів
- Оформити медичну документацію за фактом встановлення діагнозу

Список рекомендованої літератури

БАЗОВА

1. Галникіна С.О. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом.: підруч. - Т.: Укрмедкнига. - 2020 - 424 с.
2. Святенко Т.В., Свистунов І.В. Дерматологія. Венерологія. Dermatology. Venereology: атлас / Нова книга. 2020 - 424 с.
3. Святенко Т.В., Свистунов І.В. Дерматологія. Венерологія. Нова книга. 2021 - 656 с.
4. Степаненко В.І. Дерматологія і венерологія. Підручник / – К.: Медицина. – 2020. – 384 с.
5. Шегедин М.Б., Нужна Т.О. Дерматологія і венерологія. Підручник / – К.: Медицина. – 2010. – 504 с.
6. G. Gross. Sexually Transmitted Infections and Sexually Transmitted Diseases. Springer Heidelberg Dordrecht London New York. 2011. 925 p.
7. J.A.A. Hunter, J.A. Savin. Clinical Dermatology. Blackwell Science Ltd. 2002. 365 p.
8. Z. Zaidi · Sean W. Lanigan. Dermatology in Clinical Practice. Springer-Verlag London Limited 2010. - 596 p.

ДОПОМІЖНА

1. Сизон О.О. Дерматологія, венерологія / За загальною редакцією О.О. Сизон. – Посібник для студентів, магістрів вищих навчальних закладів. – Львів: ТзОВ «ДрукЗахід», 2017. – 548с.
2. Сизон О.О. Дерматологія, венерологія в питаннях та відповідях / За загальною редакцією О.О. Сизон. – Посібник для студентів, магістрів вищих навчальних закладів. – Львів: ТзОВ «ДрукЗахід», 2017. – 180с.
3. S.Kang. Fitzpatrick's Dermatology, 9-th Edition, 2-Volume Set. MCGRAW-HILL Higher Education. 2019.
4. S.Kang. Fitzpatrick's Therapeutics: A Clinician's Guide to Dermatologic Treatment. Chee Leok Goh, et al. 2023.

5. L. BAUMANN. Cosmetic Dermatology. PRINCIPLES AND PRACTICE. SECOND EDITION. 2009. 366 p.

ІНФОРМАЦІЙНІ РЕСУРСИ

1. Сайт МОЗ України: <https://moz.gov.ua/>
2. Стандарти надання медичної допомоги в Україні <http://medstandart.net/>
3. Dermatology Atlas <http://www.atlasdermatologico.com.br/browse.jsf>
4. Danderm <http://www.danderm-pdv.is.kkh.dk/atlas/index.html>
5. DermIS <http://www.dermis.net/dermisroot/en/list/all/search.htm>
6. Dermatology Atlas - Skin Specialists Online
<http://skinspecialistsonline.com/category/dermatology-atlas/>
7. On-line Atlas of Dermatology and Rheumatology
<http://www.archrheumatol.net/atlas/index-page.html>

Офіційний сайт: <http://www.univer.kharkov.ua/ua/departments>

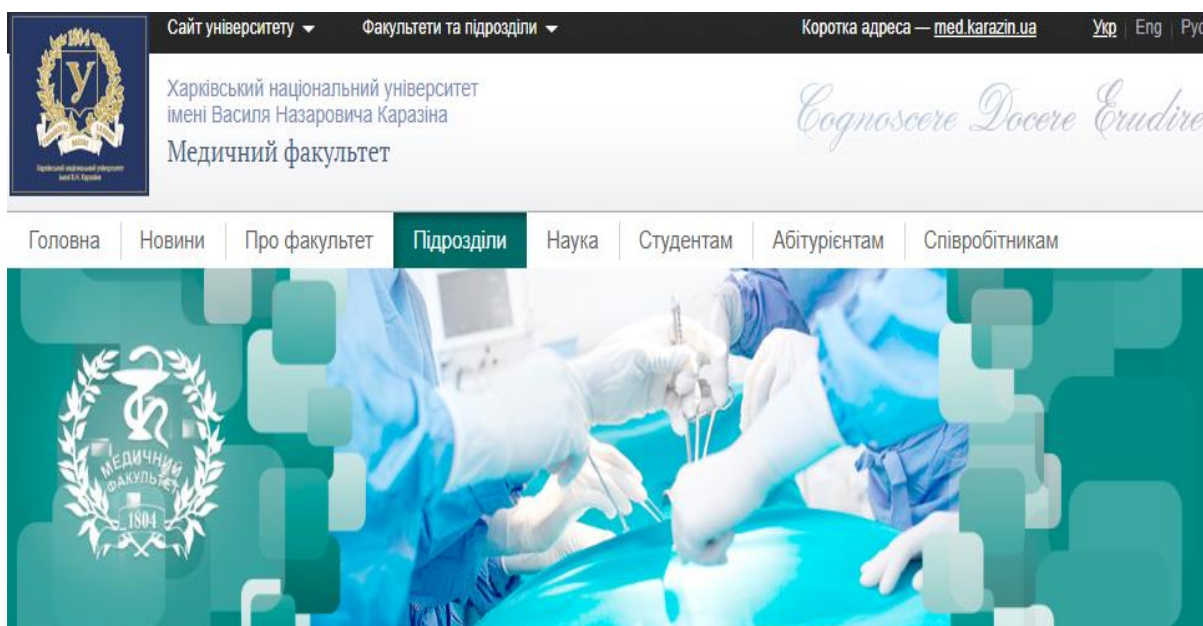


Медичний

Кафедри

Інфекційних хвороб та клінічної імунології

<http://medicine.karazin.ua/departments/kafedra-zagalnoi-ta-klinichnoi-imunologii-ta-alergologii>



ЕЛЕКТРОННИЙ АРХІВ

Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна

<http://ekhnuiр.univer.kharkov.ua/>

Пошук у бібліотеці

 Знайти

Розширений пошук

Пошук за темами

→ [Головна сторінка](#)

Перегляд

→ [Розділи](#)→ [та колекції](#)→ [За датою випуска](#)→ [Автори](#)→ [Назви](#)→ [Теми](#)→ [За датою надходження](#)

Зареєстрованим:

→ [Отримувати оновлення по e-mail](#)→ [Мій архів](#)
зареєстрованим користувачам→ [Редагувати профіль](#)→ [Довідка](#)→ [Про Dspace](#)

eKhNUIR - Electronic Kharkiv National University Institutional Repository

Ласкаво просимо до Електронного архіву Харківського національного університету імені В.Н.Каразіна!

Електронний архів Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна наповнюється наступними матеріалами: наукові публікації працівників та студентів Каразінського університету, статті з наукових журналів, монографії, дисертаційні матеріали, навчально-методичні розробки. Наукові публікації студентів розміщуються за умови наявності рецензії наукового керівника.

Репозитарій Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна має власний ISSN 2310-8665. Тим самим, репозитарій отримав статус повноцінного електронного видання (ресурсу, що постійно оновлюється), в якому можна публікувати результати досліджень як в першоджерелі, нарівні з друкованими періодичними виданнями.

Пошук

Введіть ключові слова для пошуку ресурсів в архіві електронних ресурсів.

Перейти

Спільноти

Виберіть спільноту для перегляду її колекцій.

Медичний факультет

eKhNUIR >

Медичний факультет : [1229]

Головна сторінка спільноти

У: Медичний факультет	Шукати	Перейти
або переглянути	За датою надходження	Теми Назви Автори За датою випуска

Колекції цієї спільноти

- [Із історії харківської медичної школи](#) [281]
- [Кваліфікаційні випускні роботи здобувачів вищої освіти. Медичний факультет](#) [0]
- [Навчальні видання. Медичний факультет](#) [257]
- [Наукові видання. Медичний факультет](#) [62]
- [Наукові роботи. Медичний факультет](#) [524]
- [Наукові роботи студентів та аспірантів. Медичний факультет](#) [105]

[Перегляд статистики](#)

Кафедра інфекційних хвороб та клінічної імунології Харківського Національного Університету імені В. Н. Каразіна

Новини, оголошення, корисна інформація для студентів

Як дістатися? Клінічна база кафедри знаходиться за адресою: вул. Цілиноградська, 50. Ви можете дістатися цього місця просто з центру міста, скористувавшись автобусом 245а (автобус здійснює посадку пасажирів просто біля метро "Держпром"), доїхати треба до зупинки "Цілиноградська", і далі, пройти приблизно 500 метрів. Ви на місці! Або скористатися метро, до зупинки "Олексіївська".



Електронне навчальне видання комбінованого використання
Можна використовувати в локальному та мережному режимі

Лядова Тетяна Іванівна
Волобуєва Ольга Вікторівна
Дорош Діана Миколаївна

ЛЕПРА

Методичні рекомендації
для підготовки здобувачів вищої медичної освіти 4-го курсу
з дисципліни «Дерматологія, венерологія»

В авторській редакції

Підписано до розміщення 16.05.2023. Гарнітура Times New Roman.
Ум. друк. арк. 1,59. Обсяг 1,081 Мб. Зам. № 103/23.

Харківський національний університет імені В. Н. Каразіна,
61022, м. Харків, майдан Свободи, 4.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК № 3367 від 13.01.2009
Видавництво ХНУ імені В. Н. Каразіна