

Министерство образования и науки Российской Федерации
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Новгородский государственный университет имени Ярослава Мудрого»
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
ПО ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ**

**ПМ. 02 УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И
РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ**

МДК 02.01 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел 6. Сестринская помощь при кожно-венерических заболеваниях

Специальность

34.02.01 Сестринское дело

Квалификация выпускника: медицинская сестра / медицинский брат

(базовая подготовка)

Разработчик:

В.В. Пасько – преподаватель Медицинского колледжа Новгородского государственного университета имени Ярослава Мудрого

ПРИНЯТО

Предметной (цикловой) комиссией преподавателей профессионального цикла колледжа

Протокол № 1 от «30» августа 2019г.

Председатель предметной (цикловой) комиссии – Е.С. Левашова

Содержание

1.	Пояснительная записка	4
2.	Выписка из тематического план ПМ.02 Раздел 6. Сестринская помощь при кожно–венерических заболеваниях	8
3.	Техника безопасности и правила поведения на практическом занятии	11
4.	Содержание практических занятий	12
	<i>Практическое занятие № 58 «Основы диагностики и лечения заболеваний кожи. Осуществление сестринского процесса при гнойничковых и вирусных заболеваниях кожи»</i>	<i>12</i>
	<i>Практическое занятие № 59 «Осуществление сестринского процесса при микозе, чесотке. Дезинфекция помещения. Осуществление сестринского процесса при сифилисе, гонорее».....</i>	<i>28</i>
	Приложение А	35
	Приложение Б	41

1. Пояснительная записка

Методические рекомендации по практическим занятиям, являющиеся частью учебно-методического комплекса ПМ.02 Участие в лечебно-

диагностическом и реабилитационном процессах, МДК 02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, Раздел 6. Сестринская помощь при кожно-венерических заболеваниях, составлены в соответствии с:

1. Федеральным государственным образовательным стандартом по специальности 34.02.01 Сестринское дело (базовая подготовка);
2. Рабочей программой модуля ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах;
3. Локальными актами НовГУ.

Методические рекомендации включают 2 практических занятия, предусмотренных рабочей программой профессионального модуля в объеме **12 часов**.

В результате выполнения практических заданий обучающийся должен:
иметь практический опыт:

– осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях;

уметь:

- собирать информацию о состоянии здоровья пациента;
- определять проблемы пациента, связанные с нарушением здоровья;
- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;
- осуществлять паллиативную помощь пациентам;
- вести утвержденную медицинскую документацию.

знать:

- причины, клинические проявления, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента организацию и оказание сестринской помощи;
- пути введения лекарственных препаратов;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения.

Перечень формируемых компетенций:

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

- ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.
- ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.
- ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.
- ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.
- ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.
- ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.
- ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.
- ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.
- ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество.
- ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.
- ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения возложенных на него профессиональных задач, а также для своего профессионального и личностного развития.
- ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.
- ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.
- ОК 7. Брать ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.
- ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение своей квалификации.
- ОК 9. Ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности.
- ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.
- ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу, человеку.
- ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.
- ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей

Структура практического занятия:

1. Организационный момент (тема, цели занятия, требования к знаниям, умениям, практическому опыту).
2. Контроль исходного уровня знаний (устный опрос).
3. Разбор с преподавателем практических манипуляций.
4. Отработка студентами в группах практических манипуляций на фантоме.
5. Контроль выполнения студентами практических манипуляций.
6. Работа на посту, в процедурном кабинете отделений стационара.
7. Решение ситуационных задач и выполнение тестовых заданий.
8. Подведение итогов занятия (выставление оценок, проверка манипуляционных тетрадей, задания для внеаудиторной самостоятельной работы).

Критерии оценки

Оценка за работу студента на занятии выставляется с учетом:

- 1) уровня освоения студентом теоретического материала;
- 2) умения студентов использовать теоретические знания при выполнении практических задач;
- 3) сформированности общеучебных умений;
- 4) обоснованности и чёткости изложения ответа;

Полнота выполнения работы характеризует качество знаний студентов и оценивается по пятибалльной системе.

Оценка устного ответа

5 «отлично» – студент полностью владеет теоретическими знаниями по теме, не допускает ошибок.

4 «хорошо» – студент владеет теоретическими знаниями темы, но опускает одну или две незначительные ошибки.

3 «удовлетворительно» – студент имеет общее представление темы, но допускает существенные неточности в деталях.

2 «неудовлетворительно» – студент имеет недостаточное представление темы, допускает существенные ошибки и не может их исправить даже по требованию преподавателя.

Оценка тестовых заданий

5 «отлично» – правильных ответов (90 – 100%).

4 «хорошо» – правильных ответов (75 – 89%).

3 «удовлетворительно» – правильных ответов (60 – 74%).

2 «неудовлетворительно» – правильных ответов (менее 60%).

Оценка практических умений

Оценка ставится на основании наблюдения за студентом при выполнении манипуляций на фантоме, работе в условиях отделения.

5 «отлично» – работа выполнена полностью правильно, выполнен алгоритм манипуляций. Практическое задание выполнено по плану с учетом ТБ и правил работы с оборудованием, соблюдением правил асептики и антисептики, этики и деонтологии. Проявлены организационно-трудовые умения (поддерживается чистота рабочего места и порядок на столе)

4 «хорошо» – работа выполнена правильно, выполнен алгоритм манипуляций, при этом работа выполнена не полностью или допущены незначительные ошибки в работе.

3 «удовлетворительно» – работа выполнена правильно, но имеются существенные ошибки в ходе работы, в объяснении, в оформлении работы, в соблюдении правил ТБ, нарушены правила асептики и антисептики, которые исправляются по требованию преподавателя.

2 «неудовлетворительно» – допущены 2 (и более) существенные ошибки в выполнении алгоритма манипуляций, в соблюдении правил ТБ, нарушение правил асептики и антисептики, которые студент не может исправить даже по требованию преподавателя.

Оценка решения ситуационной задачи

5 «отлично» (90-100%) – комплексная оценка предложенной ситуации; знание теоретического материала с учетом междисциплинарных связей, правильный выбор тактики действий; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмами действий.

4 «хорошо» (80-89%) – комплексная оценка предложенной ситуации, незначительные затруднения при ответе на теоретические вопросы, неполное раскрытие междисциплинарных связей; правильный выбор тактики действий; логическое обоснование теоретических вопросов с дополнительными комментариями педагога; последовательное, уверенное выполнение практических манипуляций; оказание неотложной помощи, в соответствии с алгоритмом действий.

3 «удовлетворительно» (70-79%) – затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации; неполный ответ, требующий наводящих вопросов педагога; выбор тактики действий, в соответствии с ситуацией, возможен при наводящих вопросах преподавателя, правильное последовательное, но неуверенное выполнение манипуляций; оказание неотложной помощи в соответствии с алгоритмом действий.

2 «неудовлетворительно» (менее 70%) – неверная оценка ситуации; неправильно выбранная тактика действий, приводящая к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента; неправильное выполнение практических манипуляций, проводимое с нарушением безопасности пациента и медперсонала; неумение осуществить уход за пациентом.

2. Выписка из тематического плана

ПМ.02 «УЧАСТИЕ В ЛЕЧЕБНО – ДИАГНОСТИЧЕСКОМ И РЕАБИЛИТАЦИОННОМ ПРОЦЕССАХ»

МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях

Раздел 6. Сестринская помощь при кожно-венерических заболеваниях

Наименование разделов профессионального модуля (ПМ), междисциплинарных курсов (МДК) и тем	Содержание учебного материала, практические занятия, самостоятельная работа обучающихся	Объем часов	Уровень освоения
Раздел 6. ПМ.02 Сестринская помощь при кожно-венерических заболеваниях		46	
Тема 6. 1. Основы диагностики и лечения заболеваний кожи	Содержание Общие сведения о коже. Особенности кожи в разные возрастные периоды жизни. Общие вопросы этиологии и патогенеза заболеваний кожи. Субъективные и объективные симптомы болезней кожи. Первичные и вторичные морфологические элементы кожной сыпи. Принципы общей терапии болезней кожи. Лекарственные формы для наружного применения.	2	1
Тема 6. 2. Аллергические болезни кожи	Содержание Понятие аллергии. Современные особенности, экзогенные и эндогенные аллергены, клинические проявления, сестринская помощь при дерматите, токсикодермии, крапивнице, экземе, нейродермите, неотложная помощь при отёке Квинке, токсикодермии.	2	1
Тема 6.3. Псориаз	Содержание. Современные особенности, факторы риска, основные клинические проявления, принципы диспансеризации, сестринская помощь.	2	1

Тема 6.4. Инфекционные болезни кожи.	Содержание Определение, современные особенности, этиология, факторы риска, классификация инфекционных дерматозов. Стафилококковые формы: фолликулит, сикоз, пузырчатка новорожденных, импетиго. Герпетическая инфекция: простой и опоясывающий лишай. Профилактика.	2	1
	Практическое занятие № 58 Основы диагностики и лечения заболеваний кожи. Осуществление сестринского процесса при гнойничковых и вирусных заболеваниях кожи.	6	2, 3
Тема 6.5. Грибковые заболевания. Чесотка.	Содержание Современные особенности, факторы риска, пути заражения, основные клинические проявления, осложнения, принципы диспансеризации, сестринская помощь при микозах: разноцветный лишай, эпидермофития, кандидоз, микоспория, чесотка.	4	1
Тема 6.6. Сифилис.	Содержание Венерические болезни: определение, современные особенности. Сифилис: этиология, пути заражения, основные клинические проявления, принципы лечения, меры личной, профессиональной профилактики.	4	1
Тема 6.7. Гонорея, инфекции, передающиеся половым путём.	Содержание Этиология, современные особенности факторы риска, осложнения, меры профилактики гонореи, хламидиоза, генитального герпеса.	2	1
	Практическое занятие № 59 Осуществление сестринского процесса при микозе, чесотке. Дезинфекция помещения. Осуществление сестринского процесса при сифилисе, гонорее.	6	2, 3

<p>Самостоятельная работа при изучении раздела 6</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Изучение теоретического материала, составление конспекта. 2. Подготовка рефератов, презентаций, памяток. 3. Составление планов обучения пациентов. 4. Составление планов ухода за пациентами. 5. Оформление алгоритмов. 6. Изучение нормативной документации. 	16	
---	----	--

3. Техника безопасности и правила поведения на практическом занятии

Общие требования:

- к работе в учебном кабинете, а также в отделении стационара допускаются студенты, прошедшие инструктаж по охране труда, технике безопасности и противопожарной безопасности с отметкой в специальном журнале;
- студент должен приходить в кабинет, в отделение стационара только в медицинском халате, колпаке и сменной обуви.

Перед началом практического занятия:

- студенту необходимо убедиться в отсутствии видимых повреждений рабочего места и инструментария;
- рабочее место студента не должно быть загромождено, проходы должны быть свободными;
- запрещается пересаживаться или ходить по кабинету без разрешения преподавателя, а также вносить в кабинет верхнюю одежду или входить в верхней одежде и уличной обуви.

На практическом занятии:

- студент может начинать работу с использованием инструментария только после разрешения преподавателя;
- не работать с неисправным инструментарием;
- должен аккуратно работать с колющими и режущими предметами (инструментами);
- не разбрасывать инструменты, перевязочный материал, использованные ампулы, флаконы и другую лабораторную посуду;
- соблюдать показания к надеванию маски и резиновых перчаток;
- запрещается размещать на рабочем столе посторонние предметы;
- не отвлекаться и не отвлекать других студентов посторонними разговорами и занятиями.

В случае получения травмы или плохого самочувствия студенту необходимо немедленно сообщить преподавателю о случившемся.

После окончания занятия:

- студенту необходимо убрать свое рабочее место, провести санитарную обработку.

В случае обнаружения пожара каждый студент обязан:

- немедленно сообщить об этом преподавателя, старшей медицинской сестре отделения, и в пожарную охрану по телефону **01** или **101**;
- отключить электроприборы и оборудование, отключить вентиляцию
- участвовать в эвакуации людей;
- приступить к тушению пожара имеющимися средствами пожаротушения.

4. Содержание практических занятий

Тема 6.4 Инфекционные болезни кожи.

Практическое занятие № 58

«Основы диагностики и лечения заболеваний кожи. Осуществление сестринского процесса при гнойничковых и вирусных заболеваниях кожи» (6 часов)

Цели:

- закрепить теоретические знания по темам;
- формировать умения и навыки в сборе информации, проведении первичной сестринской оценки пациента;
- изучить основные методы подготовки больных к исследованиям и взятия материала на исследование;
- сформировать навыки осуществления сестринского ухода за пациентами при аллергических заболеваниях кожи, псориазе;
- совершенствовать умения общения с больными при осуществлении сестринского ухода.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- осуществлять сбор информации;
- готовить больных к лабораторным и инструментальным исследованиям и брать материал на исследование;
- осуществлять сестринский процесс при аллергических заболеваниях кожи, псориазе;
- осуществлять сестринский уход в соответствии с алгоритмами манипуляций;
- правильно применять болтушки, пасты, пластыри, присыпки, мази и т.д.;
- правильно рекомендовать прием лекарственных препаратов;
- общаться с пациентами.

Студент должен знать:

- анатомо-физиологические особенности кожи;
- основные симптомы и синдромы при заболеваниях кожи;
- алгоритмы диагностических манипуляций и процедур;
- особенности наблюдения и ухода за пациентами с аллергическими заболеваниями кожи и псориазом.
- лечебное питание больных с аллергическими, гнойничковыми заболеваниями кожи, псориазе,

Содержание занятия

Проведение первичной сестринской оценки, выполнение манипуляций по обследованию пациентов.

Участие сестры в подготовке и проведении лабораторно-инструментальных исследований. Осуществление сестринского ухода при гнойничковых,

вирусных, аллергических заболеваниях кожи и псориазе. Принципы лечения, реабилитации. Обучение пациента и семьи самоуходу/уходу.

Оборудование и оснащение занятия: спирт для обработки рук, ватные шарики, салфетки или одноразовые полотенца, деревянные одноразовые шпатели, предметные стёкла, предметы ухода: лотки, шприцы 5-10 мл (2 шт.); марлевые салфетки, лекарственные средства, перевязочный материал; клеол или лейкопластырь, стерильные перчатки.

- направление на лечение (обследование) в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции, — ф. № 057/у;
- медицинская карта больного венерическими заболеваниями — ф. № 065/у;
- медицинская карта стационарного больного — ф. № 003/у;
- медицинская карта больного грибковым заболеванием — ф. №. 054-1/у;
- статистическая карта выбывшего из стационара — ф. № 066/у;
- контрольная карта диспансерного наблюдения — ф. № 030/у;
- извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки — ф. № 089/у-кв.

Информационный блок

Лечебно-профилактическую помощь пациентам, страдающим кожными и венерическими заболеваниями, оказывают в кожно-венерологическом диспансере. Основными задачами этого учреждения являются:

- профилактика, ранняя диагностика, оказание специализированной дерматовенерологической помощи населению;
- организация диспансерного наблюдения;
- оказание методической помощи учреждениям общелечебной сети по вопросам профилактики и раннего выявления кожных и венерических заболеваний;
- статистический учет больных ИППП и заразными кожными заболеваниями;
- проведение санитарно-просветительской работы среди населения по профилактике ИППП и заразных кожных заболеваний.

Амбулаторное отделение оказывает специализированную дерматовенерологическую помощь по профилактике, обследованию, диагностике, лечению, диспансеризации больных кожными, заразными кожными заболеваниями и ИППП. Структура отделения формируется с учетом потребностей обслуживаемого населения в оказании специализированной консультативной и амбулаторной дерматовенерологической медицинской помощи на условиях конфиденциальности, в том числе и анонимности.

Стационарное отделение организуется для лечения больных, нуждающихся в квалифицированном обследовании и лечении, круглосуточном

медицинском наблюдении как по состоянию здоровья, так и по эпидемиологическим показаниям.

Госпитализация больных в стационарное отделение осуществляется по направлениям врачей амбулаторного отделения кожно-венерологического диспансера и общей лечебной сети.

Основными формами первичной учетной медицинской документации кожно-венерологических диспансеров являются:

- направление на лечение (обследование) в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции, — ф. № 057/у;
- медицинская карта больного венерическими заболеваниями — ф. № 065/у;
- медицинская карта стационарного больного — ф. № 003/у;
- медицинская карта больного грибковым заболеванием — ф. №. 054-1/у;
- статистическая карта выбывшего из стационара — ф. № 066/у;
- контрольная карта диспансерного наблюдения — ф. № 030/у;
- извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки — ф. № 089/у-кв.

Обследование пациента с заболеваниями кожи

Жалобы пациента:

1. Зуд
2. Чувство стягивания
3. Сухость кожи
4. Боль
5. Высыпания на коже
6. Жжение.
7. Отёк кожи.
8. Мокнутие кожи.
9. Дефицит возможности самообслуживания.
10. Бессонница.
11. Выпадение волос.
12. Увеличение лимфатических узлов.
13. Выделения из уретры.
14. Дефицит гигиенических навыков.
15. Изменение сексуального поведения.

Анамнез болезни:

1. Когда началось
2. Причины
3. Развитие
4. Проводившееся обследование и лечение
5. Частота госпитализаций

Анамнез жизни:

1. Факторы риска
2. Наследственность

3. Вредные привычки
4. Аллергоанамнез
5. Частые ОРЗ, ОРВИ
6. Нервно-эмоциональное перенапряжение
7. Условия быта
7. Профессия

Непосредственное обследование пациента.

Осмотр: при достаточном освещении, обязательно осмотреть весь кожный покров. Дополнительно осмотр с использованием флюоресценции в лучах лампы Вуда.

Очень подробно описывается характер кожных высыпаний:

1. Локализация (по областям кожного покрова).
2. Симметричность высыпаний: полная, относительная, отсутствует.
3. Характер высыпаний: очаговый, очагово-сливной, диффузный, генерализованный, универсальный, мономорфный, полиморфный.
4. Границы очагов поражения: четкие, ступенчатые, ровные (гладкие), либо крупно- или мелкофестончатые (зазубренные).
5. Характеристика изменений в очагах: степень гиперемии, отека, инфильтрации.

Далее проводится подробное описание:

а) первичных морфологических элементов: размеры, форма: округлая, полигональная, неправильная; характер сыпи: воспалительный, невоспалительный; поверхность: плоская, полушаровидная, коническая, с западением в центре, бородавчатая, бугристая; окружающий (перифокальный) фон кожи: неизменённый, воспалительный, гипергипопигментированный;

б) динамика развития высыпаний: перифокальный рост отсутствует, ограниченный, неограниченный (склонность к слиянию);

в) описание вторичных морфологических элементов: вторичные пятна, чешуйки, корки (количество, размеры, толщина, цвет, степень прилегания к коже); интенсивность и характер шелушения: отрубевидное, мелкопластинчатое, крупнопластинчатое, листовидное; степень влажности чешуек, цвет; эрозии и эксфолиации: размеры, форма, цвет, степень мокнутия, чувствительность; язвы:

величина, форма, консистенция дна и краев, окружающий фон, чувствительность, отделяемое (характер, количество); трещины: глубина, размеры, болезненность; рубцы: поверхность, консистенция, глубина залегания; цвет, форма; лихенизация;

Пальпация:

. Выявления локальной или разлитой болезненности, консистенции высыпаний, глубину их залеганий

2. Периферические лимфатические узлы.

3. Дермографизм - реакция нервно-сосудистого аппарата кожи на механическое раздражение, свидетельствующая о сосудодвигательной иннервации кожи. Появление красной полосы после проведения по коже тупым предметом (краем деревянного шпателя, рукояткой неврологического молоточка), бесследно исчезающей через 2-3 мин, считается нормальным дермографизмом. Красный разлитой дермографизм наблюдается при экземе, псориазе, белый - у больных чесоткой, эксфолиативным дерматитом, стойкий белый или смешанный, быстро переходящий в белый, - у больных атопическим дерматитом, урти-карный (широкие отечные, резко возвышающиеся полосы красного цвета после даже слабого механического раздражения кожи, иногда исчезающие через 40-60 мин) - у больных крапивницей, чесоткой.

4. Мышечно-волосковый рефлекс («гусиная кожа») получают при легком проведении по коже холодным предметом. В норме он держится 5-10 с и затем исчезает бесследно. Отсутствие этого рефлекса говорит о расстройстве симпатической иннервации и наблюдается у больных ихтиозом, чесоткой Гембри. Его повышение встречается у больных атопическим дерматитом с функциональными нарушениями центральной и вегетативной нервной системы.

Перкуссия.

Аускультация.

Диагностика кожных заболеваний:

Микроскопическое исследование: чешуйки, волосы, ногтевые пластинки, содержимое пустул, пузырей, отделяемое эрозий, язв, кровь больного и др.

Цитологическое исследование мазков.

Биопсия.

Иммунологические методы (прямая и непрямая иммунофлюоресценция).

Кожные пробы (аппликационные пробы, скарификационные, интрадермальные).

Общий анализ мочи и крови, анализ кала на яйца глистов, реакция Вассермана; исследование крови ИФА на СПИД, гепатит С, HBS-антиген.

По показаниям:

Биохимические исследования;

Анализ желудочного содержимого, дуоденальное зондирование с анализом желчи.

Исследование на клетки пузырчатки, микроспория содержимого пузырьков, пузырей, пустул на флору и клеточный состав;

Определение чувствительности флоры к антибиотикам;

Исследование на клетки красной волчанки;

Исследование на грибковую флору;

Общие принципы местного лечения кожных болезней

При выборе форм лекарственных средств учитывают степень распространения болезненного процесса, его локализацию, стадию заболевания, характер и глубину воспалительного процесса, анамнестические данные в отношении переносимости различных видов и средств местной терапии.

При острой и подострой стадиях воспаления кожи пользуются примочками, взбалтываемыми смесями, пастами, когда содержащиеся в них медикаменты действуют поверхностно. При хронических и глубоких процессах нужно предпочитать мази и компрессы, которые действуют на более глубокие слои кожи.

Следует строго придерживаться правила: на мокнущие очаги поражения не применять присыпки и мази. Присыпка вместе с серозной жидкостью очага создает тестообразный слой, который, высыхая, образует плотные корки, под которыми размножаются гноеродные микробы, что приводит к обострению течения заболевания. Под слоем мази на мокнущем участке создаются аналогичные условия, которые приводят к усилению воспалительного процесса.

Перед тем как применить то или иное наружное лекарственное средство, следует очистить очаг поражения от гноя, корок, чешуек и т.д. Такие участки обильно смачивают стерильным вазелиновым, подсолнечным или другим маслом, после чего через 15-20 минут повторно обрабатывают очаг или оставляют повязку на более длительное время. Загрязненные эрозии или язвы обрабатывают 3% раствором перекиси водорода. Кожу вокруг очагов поражения при пиодермиях и других инфекционных дерматозах протирают 2% салициловым или борным спиртом.

Пудры - порошкообразные вещества, которые применяют в виде присыпок. Минеральные порошкообразные вещества (окись цинка, тальк) и органические (крахмал) смешивают между собой в различных соотношениях. Их обозначают как индифферентные присыпки.

Действие: Подсушивающее, обезжиривающее, охлаждающее, сосудосуживающее.

Применение. Острые и подострые дерматиты без мокнутия, при повышенной потливости и усиленном салоотделении. Для лечения эрозий и язв в состав присыпок вводят сульфаниламиды, ксероформ, дерматол.

При наличии признаков пиодермии к ним добавляют антимикробные вещества (висмут, дерматол, сульфаниламиды), для усиления противозудного эффекта - ментол, анестезин. Для получения жирных присыпок добавляют нафталанскую нефть. Крахмал следует исключить из присыпок при повышенной потливости, особенно в кожных складках (вызывает брожение).

Растворы – жидкая лекарственная форма, получаемая путем растворения в дистиллированной воде (реже в этиловом спирте) твердого или жидкого лекарственного вещества.

Примочки. Для примочек назначают в виде растворов противовоспалительные, вяжущие, дезинфицирующие вещества.

Действие: охлаждающее, противовоспалительное, дезинфицирующее, вяжущее.

Применение: острое воспаление кожи с мокнутием или без явлений экссудации (ограниченные экземы, острые дерматиты и т.д.) для уменьшения мокнутия, отека, жжения, зуда в участках поражения. Обычно примочки применяют на ограниченные участки поражения несколько раз в день (1-3 дня) до уменьшения мокнутия (островоспалительные явления). При более длительном воздействии кожа в очагах становится сухой, могут появиться трещины. При затяжных процессах рекомендуется менять состав примочек. У грудных детей примочки желательно не применять.

Способ применения: охлажденными лекарственными растворами, предварительно налитыми в почкообразный тазик или чистую тарелку, смачивают марлю (4-6 слоев) или мягкую ткань, отжимают их и накладывают на пораженный мокнущий участок. Примочки меняют через 5-15 минут (по мере согревания и высыхания) в течение 1-1,5 часов; всю процедуру повторяют несколько раз в сутки.

Влажно-высыхающие повязки. Такую повязку готовят по тому же принципу, что и примочку, но слоев марли больше (8-12) и меняют повязку значительно реже (через 1 час и более), по мере высыхания. Сверху влажно-высыхающую повязку покрывают тонким слоем гигроскопической ваты и прибинтовывают. Эти повязки способствуют стиханию симптомов острого воспаления, так как медленно испаряющаяся жидкость вызывает охлаждение кожи (однако менее активно, чем примочка).

Взбалтываемые взвеси - мельчайшие порошкообразные вещества, взвешенные в воде; воде и глицерине; воде, глицерине и этиловом спирте. Перед применением взвесь тщательно взбалтывают («болтушка») и наливают в почкообразный тазик или чистую тарелку и наносят на пораженные участки ватно-марлевым тампоном. Взбалтываемая взвесь состоит из 30-40% порошковых веществ (цинк, тальк, крахмал) и 60-70% жидкости (вода, вода и глицерин, глицерин и спирт). После испарения воды нанесенные на кожу порошки остаются на ней тонким слоем. Глицерин их удерживает на коже в течение многих часов. Спирт способствует ускорению испарения воды с поверхности очагов поражения. К этой лекарственной форме можно добавлять другие лекарственные препараты ихтиол, анестезин, серу и др. В качестве местного противовоспалительного

средства используют масляные взбалтываемые взвеси (линименты), которые состоят из окиси цинка (30%) и растительных масел (70%).

Действие водных взбалтываемых взвесей: противовоспалительное, подсушивающее, противозудное; масляных взвесей противовоспалительное, смягчающее, отшелушивающее.

Применение: При острых и подострых поражениях кожи без мокнутия (дерматиты, аллергические сыпи и т.д.). Взбалтываемые взвеси можно применять без наложения повязок.

Аэрозоли - дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. Они обычно содержат кортикостероиды, антибиотики, антимикотики и выпускаются в специальных герметичных баллонах с клапанным устройством.

Действие: По механизму действия близки к взбалтываемым взвесям.

Применение: Различной степени воспаления кожи, в том числе сопровождающиеся мокнутием, пиодермией, осложненные воспалением микозы.

Мази - лекарственная форма, основой которой является жир или жироподобное вещество. Применение мази прекращает дыхание кожи, вызывает некоторое повышение ее температуры, разрыхление поверхностных слоев и расширение сосудов на участках поражений, благодаря чему происходит всасывание активных веществ, содержащихся в этой лекарственной форме. В качестве основы применяют желтый вазелин и ланолин (поровну), очищенное свиное сало, растительные жиры, масла, нафталан, силиконовые соединения. В мазевые основы вводят серу, деготь, салициловую кислоту, нафталан, ихтиол, резорцин, при пиодермических наложениях - антибиотики, учитывая возможность сенсibilизации.

Действие: в небольших концентрациях (до 3%), например, салициловая кислота, резорцин, введенные в мазевую основу, вызывают кератопластический эффект (отшелушивающий, эпителизирующий, противовоспалительный, легкий рассасывающий); в больших концентрациях (3-5% и более) - кератолитический (отшелушивающий, отслаивающий, выраженный, рассасывающий).

Применение: при хронических, подострых, воспалительных заболеваниях, при наличии в коже воспалительного инфильтрата неинфекционного характера и выраженном шелушении (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, хроническая экзема, ихтиоз, гиперкератозы и пр.) при лечении грибковых и паразитарных заболеваний кожи, для ее смягчения и с другими целями (снятия гиперкератоза).

Мази применяют путем смазываний, втираний, повязок, компрессов (под вощеную бумагу).

Кремы отличаются от мазей содержанием воды в жировой основе. Если частицы воды окружены маслом (вода в масле), то образуется жирная мазь

(крем), если наоборот (масло в воде), то образуется нежирная эмульсионная мазь (крем). Чаще применяют крем, состоящий из равных частей ланолина (животный жир), вазелина (или растительного масла) и воды.

Нередко в качестве основы для патентованных кремов применяют синтетические жироподобные вещества - производные целлюлозы, этиленоксидов и др. В кремы часто вводят противозудные (димедрол, ментол), отшелушивающие (салициловая кислота) вещества, мочевины, витамины А, Е, кортикостероиды и другие средства.

Действие: при нанесении кремов кожа смягчается и увлажняется, очищается от чешуек, корочек, при этом сохраняется её дыхание, проявляется охлаждающий, сосудосуживающий, противовоспалительный эффекты.

Применение: при сухой шелушащейся коже, трещинах, подострых дерматитах (экземах), зудящих дерматозах, некоторых инфильтративно-десквамативных (псориаз, нейродермиты, ихтиоз) и других дерматозах.

Пластыри. Основа пластыря - воск или канифоль, обеспечивающие его густую и липкую консистенцию. Вводят кератолитические концентрации салициловой кислоты, мочевины, йода, карболовой и уксусной кислот, окись свинца и др.

Действие: активное рассасывающее, отслаивающее, разрыхляющее, дезинфицирующее, фунгицидное в зависимости от вводимых веществ.

Применение: для удаления ороговелостей, разрыхления ногтей, лечения ногтевого ложа при онихомикозах, при трихомикозах, веррукозной форме красного плоского лишая, ограниченном нейродермите, гнойно-воспалительных процессах в коже. Перед применением пластырь нагревают, очаг предварительно протирают спиртом (бензином). Меняют пластырь 1 раз в 2 дня.

По характеру действия все наружные средства делят на несколько групп:

- противовоспалительные,
- противозудные: ментол, анестезин, растворы уксуса, тимол, препараты дёгтя и серы, кортикостероиды в мазях и кремах,
- дезинфицирующие: йод, спирт, борную кислоту, салициловую кислоту, резорцин, тимол, бензойную кислоту, мыло К, препараты серы, дегтя, антибиотики, сульфаниламиды, дерматол, ксероформ, бензил-бензоат (бензиловый эфир бензойной кислоты), спрегаль и др.
- кератолитические: резорцин, салициловая кислота свыше 3% и др кислоты и щелочи
- кератопластические: резорцин, дёготь, салициловая кислота до 3%, ихтиол, серы, нафталанская нефть
- прижигающие: салициловая кислота и резорцин (в больших концентрациях), нитрат серебра, молочная кислота, раствор подофиллина, пирогаллол, уксусная и трихлорук-сусная кислоты, едкие щелочи и др.,
- фунгицидные и другие средства.

Больным грибковыми заболеваниями назначают фунгицидные средства, к которым относятся йод (2-5% спиртовые растворы), анилиновые красители, препараты ундециленовой кислоты, а также сера и деготь в форме мазей.

Фотозащитными свойствами обладают хинин, салол, танин, парааминобензойная кислота.

Примеры реализации плана ухода за больными Экзема

Сестринский диагноз	План ухода	Выполнение	Оценка результатов
Зуд кожи	Уменьшить зуд. Провести профилактику расчесов кожи	Успокоить больного, провести беседу, объяснить, что зуд постепенно уменьшится. Попросить по возможности сдерживать себя от зуда кожи. По назначению врача – противозудные средства (примочки, антигистаминные средства). Создать удобное положение в постели.	Зуд уменьшается спустя несколько дней. Расчесов кожи нет. Общее состояние, настроение улучшается.
Отек кожи	Следить за водным и пищевым режимом. Посоветоваться с врачом о необходимости применения мочегонных средств.	Объяснить пациенту необходимость ограничения соли и жидкости. По назначению врача провести местные противоотечные мероприятия (примочки с перманганатом калия t+18 °С и дать таблетку мочегонного средства)	Отек кожи уменьшается спустя несколько суток. Пациент усвоил необходимость соблюдения водного и пищевого рациона.
Мокнутие кожи	Уменьшить мокнутие	По назначению врача применение средств.	Мокнутие уменьшается спустя несколько суток.
Нарушение целостности кожи	Способствовать быстрей-шему зажив-лению кожи, провести профилактику присоеди-ния инфекции	Регулярная смена нательного и постельного белья, его дезинфекция. Регулярное проветривание палаты. Объяснить больному, чтобы он не мочил водой поврежденные участки кожи. По назначению врача введение лекарственных средств.	Воспаление кожи уменьшается, эрозии эпителизуют-ся спустя несколько суток. Новые высыпания не появляются. Признаков пиодермии нет.

Бессонница	Нормализовать сон. Посоветоваться с врачом о целесообразности и применения снотворного.	Проветрить палату на ночь. Легкий своевременный ужин. По назначению врача успокаивающие, снотворные, противозудные средства.	Сон постепенно нормализуется, настроение пациента улучшилось, появилась вера в выздоровление.
Дефицит возможности самообслуживания (из-за повреждения конечностей)	Помочь больному удовлетворить физиологические потребности.	Кормить. Причесывать. Подмыть. Сменить постельное и нательное белье. При необходимости помочь принять лекарство.	Пациент уходом доволен, меньше переживает свое состояние. Говорит, что скоро сможет обслужить себя сам.

Псориаз

Сестринский диагноз	План ухода	Выполнение	Оценка результатов
Выраженное шелушение в области высыпаний	Строго выполняя назначения врача (мазевая терапия) снять острый воспалительный процесс	Рассказать больному, что сильное шелушение бывает в период обострения заболевания, постепенно оно будет уменьшаться, после рассасывания высыпаний совсем прекратиться. По назначению врача смазывать регулярно кожу (2-5% салициловой мазью, белосаликом и т.д.). Мази наносить на кожу тонким слоем.	Постепенно острые воспалительные явления стихают, шелушения уменьшаются.
Зуд кожи	Уменьшить зуд, провести профилактику расчесов кожи.	Побеседовать с больным, объяснить, что зуд постепенно уменьшится. Попросить постараться сдерживать себя от расчесов кожи. По назначению врача успокаивающие средства (седативная терапия), антигистаминные, десенсибилизирующие средства.	Спустя несколько дней зуд начинает стихать. Свежих расчесов нет. Больной более спокоен, настроение улучшается.
Нарушение сна	Нормализовать сон. Провести беседу, успокоить больного. Посоветоваться с врачом о необходимости назначения снотворного.	Легкий своевременный ужин, на ночь проветривать палату. По назначению врача успокаивающие снотворные средства.	Сон постепенно нормализуется. Настроение улучшается. Появляется вера в выздоровление.

Боли в суставах	Уменьшить боли, снять острый воспалительный процесс в области крупных суставов.	Смазывать суставы мазями по назначению врача. Своевременное введение всех назначенных лекарственных средств.	Боли в суставах стихают. Движения более активные
Затруднение при ходьбе. Дефицит возможности самообслуживания.	Помочь больному во время перемещения по стационару. Принести еду в палату, если необходимо покормить больного.	Полноценная помощь по удовлетворению всех физиологических потребностей: кормить, причесывать, подмыть, сменить постельное и нательное белье. Помочь принять лекарства.	Больной самостоятельно перемещается по стационару. Значительно меньше нуждается в посторонней помощи.
Уплотнение кожи, стягивание, сухость кожи.	Описать высыпания на коже. Сделать туалет кожи. Обработать поврежденную поверхность. Выполнить местные назначения врача. Объяснить больному, как самому обрабатывать кожу.	Трещины, следы расчесов обрабатываются дезинфицирующими растворами, смазываются спиртовыми растворами анилиновых красителей.	Высыпания рассасываются, сухости нет, восстанавливается эластичность кожи.

Содержание заданий

1. Ответить на вопросы преподавателя.
2. Отработать малыми группами алгоритмы.
3. Работать в отделении с пациентами.
4. Решить ситуационные задачи.

Вопросы для проверки готовности студентов к практическому занятию

1. Перечислить основные жалобы пациента с заболеваниями кожи.
2. Анатомия кожи.
3. Каковы функции кожи?
4. Какие первичные морфологические элементы кожи Вы знаете?
5. Какие вторичные морфологические элементы кожи Вы знаете?
6. Какие аллергические заболевания кожи Вы знаете?
7. Перечислите возможные эндогенные аллергены.
8. какие виды крапивницы Вы знаете?

9. что такое токсикодермия?
10. В чем состоит основной принцип питания при аллергических заболеваниях?
11. Что такое псориаз?
12. Особенности течения псориаза детей.
13. Как отличить псориаз и ихтиоз.
14. Назовите общие принципы наружного лечения больных псориазом.
15. Что относится дерматозам.
16. Какие виды герпеса Вы знаете?

Изучить алгоритмы по диагностике псориаза, симптом Никольского П.В., и Асбо-Ганзена, диагностику пузырчатки, пробу Ядассона, диаскопию, постановку кожных, внутрикожных и накожных проб.

Отработать алгоритмы по применению наружных лекарственных средств.

Псориагическая триада

Применение: для диагностики псориаза и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

При поскабливании псориагических папул (бляшек) предметным стеклом отмечается последовательная триада морфологических признаков: "феномен стеаринового пятна" - появление большого количества серебристо-белого цвета чешуек, при поскабливании папул. Это напоминает чешуйки, возникающие при поскабливании капли от стеариновой свечи; "феномен терминальной плёнки" - после полного удаления чешуек появляется блестящая полупрозрачная плёнка; "феномен точечного кровотечения или кровяной росы" (симптом Полотейнова или Ауспитца) - при дальнейшем поскабливании плёнки на её поверхности проступают капельки крови вследствие разрушения капилляров сосочкового слоя дермы.

При парапсориазе наблюдаются следующие феномены. Симптом облатки – при осторожном поскабливании папулы чешуйка, покрывающая ее, снимается целиком, не ломаясь, не образуя мелких стружек как при псориазе.

Симптом пурпуры, или симптом Брока, – после удаления «облатки», при продолжении поскабливания, на поверхности папулы возникают мелкие внутрикожные кровоизлияния, не исчезающие при диаскопии.

Симптом Никольского П.В. и Асбо-Ганзена

Применение: для диагностики акантолитической пузырчатки и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

1. При потягивании пинцетом за обрывок покрывки пузыря происходит отслойка верхних слоёв эпидермиса в виде постепенно суживающейся ленты на видимо здоровой коже.

2. Трение пальцем (скользящее давление) по видимо здоровой коже, как между пузырями, так и в отдалении также довольно легко вызывает отторжение (сдвигание) верхних слоёв эпидермиса.

Примечание. Этот симптом встречается и при других заболеваниях кожи, при которых имеется акантолиз (хронической доброкачественной семейной пузырчатке и т.д.), но вызывается он только в очаге поражения (краевой симптом Никольского по Н.Д. Шеклакову, 1967).

Вариантом этого симптома является описанный при истинной пузырчатке G. Asbo-Hansen феномен увеличения площади пузыря при надавливании на его центральную часть.

Исследование на клетки Тцанка

Применение: для диагностики вульгарной пузырчатки и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

При мономорфных высыпаниях пузырей на коже и эрозий на слизистой оболочке полости рта неустановленного происхождения применяется метод мазков-отпечатков для возможного выявления акантолитических клеток (Павлова-Тцанка), встречающихся при вульгарной пузырчатке. Цитологической особенностью истинной пузырчатки следует считать акантолитические клетки (клетки Тцанка), используемые в качестве диагностического теста. Акантолитические клетки характерны для пузырчатки, но могут определяться и при других заболеваниях (при герпесе, ветряной оспе, буллезной разновидности болезни Дарье, хронической доброкачественной семейной пузырчатке и др.).

Техника выявления: кусочек стерильной ученической резинки (но можно также плотно приложить к поверхности эрозии обезжиренное предметное стекло) плотно прижимают к дну свежей эрозии и переносят на предметное стекло. Обычно делают несколько отпечатков на 3-5 стеклах. Затем их высушивают на воздухе, фиксируют и окрашивают по Романовскому-Гимзе (как обычные мазки крови). Акантолитические клетки имеют размеры меньше обычных клеток, имеют очень крупное ядро интенсивно-фиолетового или фиолетово-синего цвета, занимающего почти всю клетку. В нем заметно два или больше светлых ядрышка.

Резко выражен полиморфизм клеток и ядер. Акантолитические клетки могут быть единичными или множественными. Иногда встречаются так называемые «чудовищные клетки», отличающиеся гигантскими размерами, обилием ядер, и причудливыми формами. В начале заболевания акантолитические клетки обнаруживаются не в каждом препарате или вовсе не выявляются, в разгаре болезни их много и появляются «чудовищные» клетки.

Проба Ядассона

Применение: для диагностики герпетического дерматита Дюринга и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

Проба с йодистым калием (проба Ядассона) в двух модификациях: накожно и внутрь. На 1 см² видимо здоровой кожи, лучше предплечья, под компресс накладывают на 24 часа мазь с 50% йодида калия. Проба считается положительной, если на месте наложения возникает эритема, везикулы или папулы. При отрицательной пробе через 48 часов ее повторяют: теперь мазь наносится на пигментированный участок кожи на месте бывших высыпаний.

При отрицательном результате назначают внутрь 2-3 ст. ложки 3-5% раствора калия йодида. Проба считается положительной при появлении признаков обострения заболевания.

При диаскопии, иначе говоря, витропрессии, стеклянной пластинкой (предметным стеклом или часовым стеклышком) надавливают на участок кожи, обескровливая его, что помогает изучению элементов, цвет которых маскируется гиперемией от реактивного воспаления. Этот способ позволяет распознать, например, элементы туберкулезной волчанки, которые при диаскопии приобретают характерный буровато-желтый оттенок (феномен «яблочного желе»).

Кожные и внутрикожные реакции с туберкулином (Пирк, Манту, Натан-Коллоса) применяют у больных с туберкулезными поражениями кожи. Однако их отрицательный ответ не исключает специфического процесса. Результат считают положительным при возникновении реакции на большие разведения туберкулина. Внутрикожные пробы с грибковыми фильтратами и вакцинами применяют при некоторых дерматомикозах, хотя иногда наблюдаются неспецифические положительные результаты. Внутрикожные тесты со специфическими антигенами используют при лепре (с лепромином), паховом лимфогранулематозе (реакция Фрея), туляремии (с тулярином), сапе (с малеином) и др.

К накожным пробам с возможными пищевыми аллергенами (при экземе, атопическом дерматите и др.) в дерматологической практике прибегают крайне редко. Обычно проводят клиническое наблюдение за больным при исключении из пищи тех или иных продуктов, подозреваемых в качестве причинно значимых. Так же поступают и в отношении пиретрума и некоторых цветов.

Работа в отделениях с пациентами.

Осуществить сестринский процесс:

1. Собрать анамнестические данные о пациенте;
2. Осуществить осмотр, провести пальпацию, перкуссию, аускультацию;
3. Выделить основные, потенциальные, настоящие проблемы;
4. Составить план сестринского ухода и заполнить лист первичного сестринского наблюдения, используя шаблон документации «Осуществление сестринского процесса» (Приложение 1).

Решить ситуационные задачи.

Задача 1. Пациентка 60 лет поступила на стационарное лечение в кожное отделение клиники с диагнозом опоясывающий лишай.

Жалобы на недомогание, слабость, стреляющие жгучие боли в правой половине поясницы, появление сыпи, высокую температуру, нарушение сна.

Объективно: в области поясницы справа на эритематозном фоне множество сгруппированных везикулезных элементов, размером 2-5 мм. Температура 37,8⁰. Пульс частый, ритмичный. АД 110/60. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

Задания

1. Определите проблемы пациентки; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Составьте тезисный план беседы с пациенткой.
3. Продемонстрируйте технику в/м инъекции.

Задача 2. Пациентка 20 лет находится на стационарном лечении в кожном отделении с диагнозом: крапивница. Вечером она обратилась к дежурной медсестре с жалобами на появление отёка на лице, чувство напряжённости, нарастающую одышку, осиплость голоса. Состояние ухудшилось через час после того, как съела креветки, принесённые родственниками.

Объективно: на коже лица, век, щёк, губ, имеется отёк, выступающий над уровнем окружающей кожи, эластической консистенции, бледно-розового цвета. Температура тела, Ps, АД в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный. физиологические отправления в норме.

Задания

1. Определите состояние пациента.
2. Составьте алгоритм действий медицинской сестры с мотивацией каждого этапа.
3. Продемонстрируйте технику оксигенотерапии с применением носового катетора.

Формы контроля:

1. Устный опрос.
2. Проверка алгоритмов.
3. Проверка учебной документации.

Тема 6.7. Гонорея, инфекции, передающиеся половым путём.

Практическое занятие № 59

Осуществление сестринского процесса при микозе, чесотке.

Дезинфекция помещений. Осуществление сестринского процесса при сифилисе, гонорее» (6 часов).

Цели:

- закрепить теоретические знания по темам;
- формировать умения и навыки в сборе информации, проведении первичной сестринской оценки пациента;

- сформировать навыки осуществления сестринского ухода за пациентами при грибковых заболеваниях, чесотке, сифилисе, гонорее, ИППП;
- совершенствовать умения общения с больными при осуществлении сестринского ухода.

Требования к умениям и знаниям студентов

Студент должен уметь:

- осуществлять сбор информации;
- готовить больных к лабораторным и инструментальным исследованиям и брать материал на исследование;
- осуществлять сестринский процесс при грибковых заболеваниях, чесотке, сифилисе, гонорее, ИППП;
- осуществлять сестринский уход в соответствии с алгоритмами манипуляций;
- правильно рекомендовать прием лекарственных препаратов и диету;
- общаться с пациентами.

Студент должен знать:

- алгоритмы диагностических манипуляций и процедур;
- особенности наблюдения и ухода за пациентами при грибковых заболеваниях, чесотке, сифилисе, гонорее, ИППП;

Содержание занятия

Осуществление сестринского ухода за пациентами с грибковыми заболеваниями, чесоткой, сифилисом, гонореей, ИППП.

Обучение пациента и семьи самоуходу/уходу.

Оборудование и оснащение занятия: направления; шприц одноразовый (5-10мл), иглы для инъекций длиной 60-80мм, 70% этиловый спирт, ампулы и флаконы с антибиотиками, перчатки стерильные, лоток, салфетки, ватные тампоны, пинцет, емкость с дез. р-ром.

Информационный блок

Чесотка — паразитарное заболевание кожи, вызываемое чесоточным клещом *Sarcoptes scabiei hominis*, являющимся внутрикожным паразитом человека.

Заражение чесоткой происходит при передаче клеща от больного человека здоровому посредством контакта или опосредованно (через предметы, которыми пользовался больной, одежду, постельное белье). Заражению чесоткой благоприятствует тесное соприкосновение с больным, в частности общая постель. Нередко заражение происходит при половом контакте, что послужило основанием включить чесотку в группу болезней, передаваемых половым путем. Значительно реже заражение возможно при

уходе за больным, массаже. В детских коллективах заболевание может передаваться через мягкие игрушки, письменные принадлежности, спортивный инвентарь. Заражение может также произойти в душевых, банях, поездах и других общественных местах при условии нарушения санитарного режима. Распространению чесотки способствуют скученность населения, неудовлетворительные санитарно-гигиенические условия, недостаточные гигиенические навыки населения (редкое мытье, нерегулярная смена белья и др.). К факторам, способствующим распространению чесотки, относят также повышенную миграцию населения, самолечение.

Клиническая картина. Инкубационный период от 1 до 6 нед, чаще она составляет 7—12 дней.

- зуд, усиливающийся в вечернее и ночное время.

- чесоточные ходы длиной от 1 мм до нескольких см. привычная локализация: боковые поверхности пальцев рук, сгибательные поверхности лучезапястных суставов, наружные половые органы у мужчин, молочные железы у женщин.
- мелкие папулы, везикулы, точечные и линейные экскориации на кистях, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей, туловище (преимущественно в области переднебоковых поверхностей грудной клетки), животе, пояснице, мужских половых органах.

Лечение чесотки:

- Лосьон **линдана** (1%) наносят однократно на всю поверхность кожи и оставляют на 6 ч, затем смывают. Препарат может быть использован также в виде 1% крема, шампуня, присыпки, 1—2% мази.
- **Кротамитон** (эуракс) применяют в виде 10% крема, лосьона или мази: втирают после мытья 2 раза в день с суточным интервалом или четырехкратно через 12 ч в течение 2 сут.
- **Спрегаль** используют в виде аэрозоля.

Профилактика заключается в раннем выявлении и лечении больных чесоткой с обследованием контактных лиц, соблюдении санитарных норм, проведении дезинфекции в очагах чесотки. Важнейшими противоэпидемическими мероприятиями являются ранняя диагностика чесотки, выявление и одновременное лечение всех контактных лиц; своевременная тщательная дезинфекция одежды, нательного и постельного белья, мебели и других предметов обстановки. При обнаружении чесотки у ребенка или обслуживающего персонала в детском учреждении необходимо осмотреть всех детей, а также персонал (как и в семьях, здесь также необходима профилактическая обработка всех контактов). Контроль излеченности проводится через 3 дня после окончания лечения, а затем каждые 10 дней в течение 1,5 мес. Белье больных кипятят, платье и другую одежду (при невозможности обработки в дезкамере) тщательно проглаживают горячим утюгом или проветривают на воздухе в течение 5 дней, а на морозе — в течение 1 дня. Проводят влажную уборку помещений

с 5% раствором хлорамина. Этим же дезинфицирующим средством обрабатывают мягкую мебель.

Микозы

- заболевания, вызванные патогенными для человека грибами.

- 1. Кератомикозы:** разноцветный лишай, узловатая трихоспория
- 2. Дерматомиозы:** эпидермофития, рубромикоз, трихофития, фавус, микроспория
- 3. Кандидозы.**
- 4. Глубокие микозы:** бластомикозы, гистоплазмоз, мукороз, аспергиллез.
- 5. Псевдомиозы:** актиномикоз, эритразма, нокардиоз и др.

Лечение: противогрибковые препараты: кетоконазол, бифоназол, клотримазол, тербинафин, нафтифин, эконазол, циклопирокс и др. в виде мазей, спреев, кремов и в комбинации с кортикостероидами: микозолон, травокорт,

При распространенных формах и отсутствии эффекта от местной терапии назначают системные антимикотики: итраконазол по 100 мг/сут, флуконазол 150 мг, гризеофульвин 12,5 мг, тербинафин 250 мг, амфотерицин В, дифлюкан, пимафуцин, нистатин, леворин, низорал 100 мг.

Наружно назначают антисептические, бактерицидные препараты типа фукорцина, 2% спиртовые растворы анилиновых красителей, 0,25-0,5% растворы нитрата серебра, раствор Люголя, бриллиантовую зелень. Мази, пасты: 2-3% серно-салициловая, 5% дегтярная, 2-5% борно-нафталановая мази, паста Теймурова, при вторичной бактериальной инфекции используют мази, содержащие антибиотики, кортикостероиды и антимикотики (акридерм ГК, тридерм, пимафукорт).

Содержание заданий

1. Изучить материал по теме практического занятия.
2. Представить подготовленные рефераты.
3. Отработать малыми группами алгоритмы.
4. Работа в отделении с пациентами.
5. Решить ситуационные задачи.
6. Составить графструктуры Сифилис и Гонорея.

Отработать малыми группами алгоритмы: методика обнаружения чесоточного клеща, Исследование чешуек, волос, ногтей на патогенные грибки Проба Бальцера (йодная проба)

поведение оксигенотерапии, обучение пациента дренажным положениям (приложение 7), обучение пациента дыхательной гимнастике, подготовка пациента и инструментов к плевральной пункции.

Методика обнаружения чесоточного клеща

Применение: для диагностики чесотки.

Каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный элемент (ход, пузырьёк и т.д.). Через 5 минут разрыхленный эпидермис соскабливают острой глазной ложечкой до появления капиллярного кровотечения, немного захватывая и прилегающую здоровую кожу. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и сразу же исследуют под малым увеличением микроскопа. Результат считается положительным при обнаружении в препарате клеща, яиц, личинок, опустевших яйцевых оболочек или хотя бы одного из этих элементов.

Исследование чешуек, волос, ногтей на патогенные грибки

Применение: для диагностики дерматомикозов и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

Для исследования на патогенные грибки скальпелем берут соскоб с пораженных участков кожи, преимущественно из периферической их части, где грибковых элементов больше. При дисгидротических высыпаниях забирают пинцетом или срезают кусачками покрывки пузырьков или пузырей, обрывки мацерированного эпидермиса. Волосы из периферической части инфильтративно-нагноительных конгломератов или фолликулярно-узловатых элементов также берут с помощью скальпеля и пинцета. Измененные участки ногтевых пластинок вместе с подногтевым детритом срезают кусачками.

Для экспресс-диагностики (в течение 1-30 минут) микозов используют быстро просветляющие составы. Так, соскобы с кожи, после обработки 10% раствором дисульфида натрия в этаноле в соотношении 3:1 можно микроскопировать материал через 1 минуту, срезы ногтей - через 5 - 10 минут.

Проба Бальцера (йодная проба)

Применение: для диагностики разноцветного лишая и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

При смазывании пораженных участков и окружающей нормальной кожи 3-5% раствором йода или раствором анилиновых красителей, очаги поражения окрашиваются более интенсивно. Это связано с большим поглощением красителя за счет разрыхления рогового слоя эпидермиса грибами.

Примеры реализации плана ухода за больными

Чесотка

Сестринский диагноз	План ухода	Выполнение	Оценка результатов
Зуд кожи	Уменьшить	Успокоить больного, провести беседу, объяснить, что зуд	Зуд уменьшается

	зуд. Провести профилактику расчесов кожи	постепенно уменьшится. Попросить, по возможности сдерживать себя от зуда кожи. По назначению врача – эмульсия или мазь бензил-бензоата, серная мазь или по методу Демьяновича 2 раствора (соляная кислота+тиосульфат натрия). Все средства втираются.	после одной-двух процедур. Количество расчесов значительно меньше, через 2-3 дня совсем нет. Общее состояние, настроение улучшается.
Нарушение целостности кожи	Способствовать быстрейшему заживлению кожи, провести профилактику присоединения инфекции.	Регулярное проветривание палаты, уборка. По назначению врача применение лекарственных средств (антибактериальных мазей, анилиновых красителей).	Воспаление кожи уменьшается, эрозии эпителизируются спустя несколько суток. Признаков пиодермии нет.
Бессонница	Нормализовать сон. Посоветоваться с врачом о целесообразности применения снотворного.	Проветрить палату на ночь. По назначению врача успокаивающие, снотворные, противозудные средства.	Сон постепенно нормализуется, настроение пациента улучшилось, появилась вера в выздоровление.
Тревога из-за возможности заражения близких родственников	Успокоить больного. Провести беседу о путях заражения.	Объяснить больному, как правильно провести дома дезинфекцию (по назначению врача). Обработка одежды дез. р-ми. Осмотр контактных.	Все контактные осмотрены. Проведена дезинфекция. Больной успокоился.
Изменение защитных свойств кожи.	Описать изменения на коже. Обеспечить правильное питание. Обеспечить дезинфекцию всех предметов ухода. Кварцевание помещения. Тщательно следить за гигиеной кожи. Объяснить пациенту соблюдение	Беседа о правильном питании. Проведение текущей и заключительной дезинфекции в палате. Периодически кварцевать помещение. Перед лечением, если необходимо во время лечения, после лечения душ, смена, дезинфекция белья.	К моменту выписки у пациента нет инфекционных осложнений.

	мер предосторожности против инфекции, пояснить, что это временное явление.		
--	--	--	--

Работа в отделениях с пациентами.

Осуществить сестринский процесс:

1. Собрать анамнестические данные о пациенте;
2. Осуществить осмотр, обследование пациента;
3. Выделить основные, потенциальные, настоящие проблемы;
4. Составить план сестринских вмешательств и заполнить лист первичного сестринского наблюдения, используя шаблон документации «Осуществление сестринского процесса» (Приложение 19).

Решить ситуационные задачи.

Задача 1

У пациента 20 лет распространенная чесотка, осложненная пиодермией. Больной неопытен, считает, что у него аллергия, а не чесотка. Не желает лечиться от чесотки. Живет в общежитие в трехместной комнате.

Задание. Определите приоритет, цели и план ухода.

Задача 2

Пациент 40 лет поступил на стационарное лечение в венерологическое отделение клиники с диагнозом — сифилис вторичный, свежий.

Жалобы на появление высыпаний на коже туловища, незначительное повышение температуры, слабость, головную боль, боль в мышцах, костях, снижение аппетита. Больным себя считает в течение недели. Из анамнеза выяснилось, что пациент 10 недель назад тому назад имел случайную половую связь с незнакомой женщиной в поезде. В окружающем пространстве ориентируется адекватно. Пациент тревожен, подавлен, беспокоится о здоровье жены и детей, выражает опасение за их и свое будущее, боится огласки.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное, температура 37.5°. На боковой поверхности туловища, груди, живота множественные рассеянные розеолезно-папулезные высыпания буровато-красного цвета с четкими границами. Субъективные ощущения отсутствуют. Пульс и АД дыхание в пределах нормы. Живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

Задания

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.

2. Расскажите о санитарно-эпидемиологическом режиме в венерологических отделениях.
3. Продемонстрируйте технику в/м инъекции.

Задача 3.

Пациент, 22 лет, поступил на стационарное лечение в кожное отделение клиники с диагнозом чесотка.

Жалобы на зуд, усиливающийся в ночное время. Высыпания на коже появились после работы в колхозе и проживания там в общежитии.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. На коже живота, боковой поверхности туловища, в межпальцевых складках кистей, сгибательных поверхностях верхних и нижних конечностей имеются везикуло-папулёзные высыпания, чесоточные ходы, экскориации.

Рs., АД, дыхание в пределах возрастной нормы, живот мягкий, безболезненный, физиологические отправления в норме.

Пациенту назначено: лечение 20% эмульсией бензилбензоата.

Задания

1. Определите проблемы пациента; сформулируйте цели и составьте план сестринского ухода по приоритетной проблеме с мотивацией каждого сестринского вмешательства.
2. Составьте тезисный план беседы с пациентом.
3. Составьте алгоритм действий медицинской сестры при обработке 20% эмульсией бензилбензоата.

Составить графструктуры Сифилис, Гонорея, по выбору преподавателя, в рабочей тетради.

Формы контроля:

1. Устный опрос.
2. Проверка выполнения алгоритмов.
3. Проверка решения ситуационных задач.
4. Проверка учебной документации.

Приложение А

Учебная документация к осуществлению сестринского процесса

I. Титульный лист

Студент _____ Группа _____

Наименование лечебного учреждения _____

Дата поступления _____

Отделение _____ палата _____

Непереносимость лекарственных препаратов

Перенесённые заболевания: болезнь Боткина, туберкулёз, венерические заболевания, сахарный диабет, прочие _____

Ф.И.О. _____

Возраст _____

Постоянное место жительства _____

Место работы, профессия, должность _____

Телефон экстренной связи _____

Кем направлен _____

Клинический диагноз: _____

Лист первичного сестринского обследования

Жалобы

ДЫХАНИЕ		ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА
<p>Субъективные данные: Одышка: да нет Кашель: да нет Мокрота: да нет Требуется ли специальное положение в постели (да, нет)</p> <p>Дополнения/Замечания сестры _____ _____ _____ _____</p>	<p>Объективные данные: Окраска кожных покровов и слизистых _____ _____ Частота дыхания _____ Глубина дыхания _____ Ритм дыхания _____ _____ Одышка (эспираторная, инспираторная, смешанная) Мокрота (гнойная, кровянистая, серозная, пенистая), запах (да, нет) Пульс _____ в мин.; ритмичный, аритмичный АД _____ мм рт. ст.</p>	
<p>ПИТАНИЕ И ПИТЬЁ</p> <p>Субъективные данные: Жажда: да нет Аппетит (сохранен, повышен,</p>	<p>Объективные данные: Диета № _____ Рост _____ Вес _____ Должный вес _____</p>	<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА:</p>

<p>понижен, отсутствует) Что предпочитает _____ _____ Погрешности в диете (да, нет) Диспепсия (изжога, отрыжка, тошнота, рвота) Сухость во рту (да, нет) Способность самостоятельно питаться (да, нет) Дополнения/Замечания сестры _____ _____</p>	<p>Суточное потребление жидкости _____ Характер рвотных масс _____ Зубные протезы (да, нет) Нарушение жевания (да, нет) Нарушение глотания (да, нет) Гастростома (да, нет)</p>	
<p>ВЫДЕЛЕНИЕ</p> <p>Кратность стула _____ Характер стула (жидкий, оформленный) Патологические примеси _____ _____ Недержание кала (да, нет) Мочеиспускание (нормальное, болезненное, затруднено, недержание, недержание) Суточное количество _____ Встает ночью (да, нет) Способность самостоятельно пользоваться туалетом (да, нет) Дополнения/Замечания сестры _____ _____ _____ _____</p>	<p>Колостома (илеостома) Вздутие живота (да, нет) Характер мочи (обычная, мутная, цвета пива, мясных помоев) Катетер _____ _____ Цистостома (да, нет) Отеки (да, нет) _____</p>	<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</p>

<p>СОН Сон (не нарушен, прерывистый, быстрое пробуждение, засыпание под утро, бессонница)</p> <p>Постельный комфорт (да, нет) _____ Дополнения/Замечания сестры _____ _____ _____</p>	<p>Спит ночью Да нет</p> <p>Днем Да нет</p>	<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</p>
<p>ГИГИЕНА И СМЕНА ОДЕЖДЫ</p>	<p>Состояние кожи и слизистых: (нормальная,</p>	<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</p>

<p>Зуд (да, нет) Локализация _____ _____</p> <p>Заботится ли о своей внешности _____ _____</p> <p>Способность самостоятельно умываться и причёсываться, ухаживать за полостью рта,, мыть всё тело, переодеваться</p> <p>Дополнения/Замечания сестры _____ _____ _____</p>	<p>сухая, влажная) Цвет (обычный, бледность, цианоз, гиперемия, желтушность)</p> <p>Тургор Пролежни _____ _____ _____</p> <p>Другие дефекты (расчесы, опрелости) _____ _____</p> <p>Слизистые оболочки _____</p> <p>Запах изо рта (да, нет) Белье (чистое, грязное) Санитарная обработка (полная, частичная)</p>	
<p>ПОДДЕРЖАНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА</p> <p>Озноб (да, нет) Чувство жара (да, нет)</p> <p>Дополнения/Замечания сестры _____ _____ _____</p>	<p>Температура тела _____</p>	<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</p>
<p>БЕЗОПАСНОСТЬ</p> <p>Факторы риска:</p> <p>Аллергия _____ _____</p> <p>Курение _____ _____</p> <p>Алкоголь (избыточно) Падения (да, нет) Частые стрессовые ситуации (да, нет)</p>	<p>Ориентация во времени и пространстве, собственной личности (да, нет, бывают эпизоды дезориентации) Резервы: очки, линзы, слуховой аппарат, съёмные зубные протезы, трость, другие _____ _____ _____</p>	<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</p>

<p>Другие _____ _____</p> <p>Отношение к болезни _____</p> <p>Способность самостоятельно принимать лекарства _____</p> <p>Потребность в информации _____ _____</p> <p>Боль _____ _____</p> <p>Что дает облегчение _____ _____</p> <p>Дополнения/Замечания сестры _____ _____</p>	<p>Способность самостоятельно поддерживать свою безопасность (да, нет)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>ДВИЖЕНИЕ</p> <p>Передвигается самостоятельно (да, нет)</p> <p>Передвигается с помощью _____ _____</p> <p>Ходит до туалета (да, нет)</p> <p>Поворачивается в постели (да, нет)</p> <p>Дополнения/Замечания сестры _____ _____</p>	<p>Двигательный режим (общий, палатный, постельный, строгий постельный)</p> <p>Положение в постели (активное, пассивное, вынужденное, специальное)</p>	<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</p>
<p>ОБЩЕНИЕ</p>	<p>Сознание</p>	<p>ПРОБЛЕМА</p>

<p>Семейное положение _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Поддержка семьи (да, нет)</p> <p>Поддержка вне семьи _____</p> <p>_____</p> <p>Трудности при общении</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Дополнения/Замечания сестры _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>Речь (нормальная, нарушена, отсутствует)</p> <p>Память _____</p> <p>_____</p> <p>Зрение (нормальное, нарушено)</p> <p>Слух (нормальный, снижен)</p>	<p>ВЫЯВЛЕНА</p>
<p>ОТДЫХ И ТРУД</p> <p>Досуг</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Трудоспособность (да, нет)</p> <p>Дополнения/Замечания сестры _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>		<p>ПРОБЛЕМА ВЫЯВЛЕНА</p>

Приложение Б

СЛОВАРЬ основных терминов и понятий в дерматовенерологии

<i>Абсцесс</i>	нарыв
<i>Акнэ</i>	угри-гнойнички конусовидной формы вокруг сальных желез.
<i>Аллерген</i>	антигенная субстанция, вызывающая аллергическую

<i>Аллергическое состояние</i>	реакцию.
<i>Алопеция</i>	повышенная чувствительность организма к различным веществам внешнего и внутреннего происхождения
<i>Альбинизм</i>	выпадение волос, облысение. врожденное диффузное отсутствие или недостаточное отложение пигментов в коже и волосах головы, бровей, ресниц.
<i>Ангиома</i>	пятно или опухоль, чаще врожденная, возникает при гиперплазии и расширении сосудов, родимое пятно
<i>Антиген</i>	инородная субстанция, вызывающая аллергическую реакцию
<i>Атрофия</i>	уменьшение размеров структур (органа, ткани, клетки)
<i>Бленнорея Бляшка «Болтушки»</i>	гнойное заболевание глаз. слияние нескольких узелков в один крупный элемент
<i>Бородавки</i>	взвесь мелкодисперсных порошкообразных веществ в воде с глицерином или в жидкой жировой основе
<i>Бубон</i>	вирусные заболевания кожи, эпидермальные опухоли. увеличение регионарных лимфатических узлов при сифилисе
<i>Бугорок</i>	первичный инфильтративный элемент, бесполостной, возвышающийся над поверхностью кожи
<i>Васкулиты</i>	воспалительные аллергические сосудистые заболевания
<i>Веgetация</i>	разрастание сосочков эпидермиса на папулах, дне язвы, нередко в складках кожи
<i>Веснушки</i>	мелкие участки гиперпигментации,
<i>Везикула</i>	пузырек
<i>Витилиго</i>	обширные участки кожи, лишенные меланина,
<i>Волдырь</i>	первичный экссудативный элемент, бесполостной, развивается в результате отека сосочкового слоя дермы.
<i>Волосной фолликул</i>	корень волоса, окруженный оболочками - наружным и внутренним корневым влагалищами и соединительнотканной капсулой. воспаление влагалища и вульвы.
<i>Вульвовагинит</i>	
<i>Генодерматозы</i>	наследственные кожные заболевания.
<i>Герпес</i>	вирусное поражение кожи и слизистых в виде сгруппированных пузырьков на фоне покраснения кожи.
<i>Гидраденит</i>	острое гнойное воспаление апокриновых потовых желез.
<i>Гипергидроз</i>	повышенное потоотделение.
<i>Гиперкератоз</i>	утолщение рогового слоя. покраснение кожи.

<i>Гиперемия</i>	избыточное содержание пигментов в коже.
<i>Гиперпигментация</i>	частичное облысение.
<i>Гипотрихоз</i>	полостное образование с гнойным экссудатом.
<i>Гнойничок</i>	увеличение размеров отдельных участков кожи.
<i>Гипертрофия кожи</i>	инфекционное, венерическое заболевание, поражающее преимущественно слизистые оболочки мочеполовых органов.
<i>Гонорея</i>	узел, элемент при третичном периоде сифилиса,
<i>Гумма</i>	отсутствие в коже пигмента,
<i>Депигментация</i>	острое воспаление кожи,
<i>Дерматит</i>	общее название заболеваний кожи,
<i>Дерматозы</i>	группа грибковых заболеваний, при которых внедряющиеся в эпидермис грибы поражают кожу, волосы, ногти.
<i>Дерматомикозы</i>	реакция поверхностных сосудов кожи на механическое раздражение.
<i>Дермографизм</i>	конституционное предрасположение к некоторым болезням, патологическим состояниям.
<i>Диатез</i>	
<i>Желтуха</i>	окрашивание в желтый цвет кожи, слизистых оболочек склер.
<i>Изоморфная реакция</i>	на месте раздражения кожи - появление свежих папул в виде полосы, дуги,
<i>Импетиго</i>	гнойничковое заболевание, вызванное стрептококком.
<i>ИППП</i>	инфекции, передаваемые половым путем,
<i>Заеда</i>	или щелевидное импетиго - возникновение в углах рта фликтены, имеющей линейное расположение.
<i>Кандидоз</i>	заболевания, вызываемые дрожжеподобными грибами рода Кандида,
<i>Карбункул</i>	конгломерат фурункулов, на общем основании
<i>Кератин</i>	тяжелая форма стафилодермии.
<i>Келоид</i>	окончательный продукт ороговения, содержится в клетках рогового слоя,
<i>Кератомикозы</i>	разновидность рубца.
<i>Кератозы</i>	группа грибковых заболеваний, при которых грибы паразитируют в поверхностных частях рогового слоя эпидермиса, ограниченные очаги нарушения ороговения кожи.
<i>Кожный зуд</i>	нервно-рефлекторный процесс, отсутствует сыпь.
<i>Кожные пробы</i>	кроме расчесов и истончения ногтей, тесты для определения повышенной чувствительности

<i>Корка</i>	при аллергических заболеваниях кожи. ссохшееся содержимое пузырька или гнойничка, засохший секрет эрозии или язвы.
<i>Крапивница</i>	повышенная чувствительность организма к различным раздражителям, волдыри, зуд.
<i>Криотерапия</i>	наружное применение жидкого азота или снега, угольной кислоты,
<i>Лентиго</i>	гиперпигментированные очаги с явлением гиперкератоза.
<i>Лихенификация</i>	изменение кожи, выражающееся утолщением или усилением ее рисунка,
<i>Люпома</i>	бугорок, основной элемент при туберкулезе кожи.
<i>Мазь</i>	наружное средство из жировой основы и одного или нескольких лекарственных препаратов.
<i>Мацерация</i>	вымачивание - размягчение и разрыхление кожи вследствие действия на нее жидкости.
<i>Меланин</i>	пигмент, от количества которого зависит окраска кожи, защищает организм от вредного воздействия лучистой энергии.
<i>Меланома</i>	тип кожного рака, быстро метастазирующего.
<i>Микозы</i>	грибковые заболевания.
<i>Морфологические элементы</i>	высыпания на коже.
<i>Неvus</i>	доброкачественная форма новообразований.
<i>Некроз</i>	участок омертвления кожи, ее отдельных участков, клеток.
<i>Нейродермит</i>	невроз кожи, проявляющийся сильным зудом.
<i>Ожог</i>	появление папул, инфильтрации, лихенификации кожи, искусственный дерматит под действием высоких температур, кислот, щелочей.
<i>Опрелости</i>	ограниченные воспалительные изменения кожи на участках, легко подвергающихся трению, мацерации.
<i>Опоясывающий лишай</i>	острое инфекционное, вирусное заболевание, появление сгруппированных пузырьков по ходу нерва.
<i>Папула</i>	узелок, первичный морфологический элемент на коже. или поверхностный панариций - околонуговая

<i>Паронихия</i>	фликтена с серозно-гнойным содержимым.
<i>Пасты</i>	наружные средства из равного количества порошкообразных, жировых и жиробразных веществ.
<i>Педикулез</i>	или вшивость - заболевания, вызываемые вшами (головная, платяная, лобковая).
<i>Петехии</i>	геморрагические пятна, точечные кровоизлияния.
<i>Пиодермии</i>	гнойничковые заболевания,
<i>Пигментация кожи</i>	отложение красящих веществ в кожу,
<i>Придатки кожи</i>	сальные железы, потовые железы (экринные и апокринные), волосы (длинные, щетинистые, пушковые), ногти,
<i>Примочки</i>	слабо концентрированные растворы лекарств в дистиллированной воде,
<i>Присыпки, пудры</i>	смесь порошкообразных веществ минерального или растительного происхождения.
<i>Полиморфизм сыпи</i>	истинный - наличие одновременно двух или нескольких первичных морфологических элементов, ложный - наличие одновременно мономорфной первичной сыпи и несколько вторичных морфологических элементов, возникших в результате эволюционного развития.
<i>Псевдофурункулез</i>	(множественные абсцессы) - гнойное воспаление клубочков и протоков потовых желез у детей первого года жизни, удавка - воспалительный отек препуциального мешка, чешуйчатый лишай.
<i>Парафимоз</i>	экссудативный полостной элемент с серозным содержимым.
<i>Псориаз</i>	экссудативный полостной элемент, достигающий
<i>Пузырек</i>	величины от грецкого ореха до куриного яйца.
<i>Пузырь</i>	гнойничок.
<i>Пустула</i>	геморрагическое невоспалительное сосудистое пятно.
<i>Пурпура</i>	- вирусное заболевание кожи.
<i>Пузырьковый лишай</i>	первичный элемент, изменение цвета кожи
<i>Пятно</i>	без изменения ее конфигурации.
<i>Рожя</i>	стрептококковое заболевание кожи.
<i>Реакция Вассермана</i>	серологическая, неспецифическая или стандартная реакция, применяемая при диагностике сифилиса,
<i>Рит</i>	специфическая реакция иммобилизации бледных трепонем - специфическая реакция

<i>Риф</i>	при сифилисе. реакция иммунофлюоресценции, специфическая реакция при сифилисе,
<i>Рубец</i>	вторичный элемент на коже на месте глубоких дефектов кожи,
<i>Розеола</i>	воспалительное пятно 0,5 см, исчезает при надавливании.
<i>Себорея</i>	салотечение, поражение кожи, вызванное повышенным выделением сала сальными железами.
<i>Сенсибилизация</i>	повышение чувствительности организма к какому-либо фактору внешней или внутренней среды.
<i>Сикоз</i>	поверхностная форма фолликулитов с хроническим, часто рецидивирующим течением.
<i>Сифилис</i>	инфекционное венерическое заболевание, при котором могут поражаться все органы организма.
<i>«Стригуций лишай»</i>	народное название грибковых заболеваний (трихофития, микроспория)
<i>Телеангиоэктазии</i>	невоспалительные пятна, вызванные стойким расширением поверхностно расположенных капилляров,
<i>Токсидермии</i>	острое воспаление кожи, возникающее в результате попадания в организм аллергена через желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути, а также парэнтерально.
<i>Трепонема бледная</i>	возбудитель сифилиса,
<i>Трещины</i>	линейные нарушения целостности кожи,
<i>Твердый шанкр</i>	первый признак первичного сифилиса, вид язвы, эрозии.
<i>Триада Гетчинсона</i>	признаки позднего врожденного сифилиса (паренхиматозный кератит, дистрофия зубов, глухота).
<i>Трихофития</i>	-грибковое заразное заболевание.
<i>Угри</i>	гнойное воспаление сальных желез кожи.
<i>Узел</i>	первичный инфильтративный элемент, расположенный в подкожно-жировой клетчатке размером до грецкого ореха и более.
<i>Узелок</i>	папула, первичный морфологический элемент, бывает эпидермальным, дермальным, эпидермодермальным.
	- заразное грибковое заболевание.

<i>Фавус</i>	- поверхностная пустула,
<i>Фликтена</i>	островоспалительное гнойничковое поражение
<i>Фолликулит</i>	сально-волосяного фолликула.
<i>Фурункул</i>	гнойно-невротическое поражение волосяного фолликула и окружающей ткани.
<i>Фимоз</i>	- отек крайней плоти.
<i>Хейлиты</i>	заболевания красной каймы, слизистой оболочки губ.
<i>Хлоазма</i>	крупный, темноокрашенный участок кожного покрова, возникающий при нарушении функции печени, при эндокринных заболеваниях, беременности, заразное заболевание, возбудитель - чесоточный клещ.
<i>Чесотка</i>	отторгающиеся клетки рогового слоя,
<i>Чешуйки</i>	постоянное отторжение клеток рогового слоя.
<i>Шелушение</i>	
<i>Экзема</i>	воспалительное заболевание кожи нервноаллергического характера, расчесы кожи при зудящих дерматозах, невоспалительные геморрагические пятна, покраснение, воспалительное пятно размером с ладонь и более, универсальное покраснение кожи, разновидность стафилококкового поражения кожи.
<i>Экскориации</i>	
<i>Экхимозы</i>	
<i>Эритема</i>	
<i>Эритродермия</i>	
<i>Эпидемическая пузырьчатка новорожденных</i>	дефект кожи или слизистых оболочек.
<i>Язва</i>	