Государственное бюджетное образовательное учреждение

среднего профессионального образования

Медицинское училище №13

Департамента здравоохранения города Москвы

Курсовая работа

Тема: Сестринская помощь при микозах, пиодермиях, псориазе

Профессиональный модуль

ПМ-02. «Участие в лечебно - диагностическом и лечебном процессах»

Междисциплинарный курс: МДК 02.01

Выполнил студент

Долгополов Павел Александрович

Курс 3 Группа 32

Руководитель курсовой работы

Селезнева Татьяна Сергеевна

Москва 2014г.

Пояснительная записка

Актуальность темы:

На сегодняшней день, поражения людей дерматовенерологическими заболеваниями весьма актуальны, так как личной гигиене уделяется все меньше внимания, некоторые заболевания появляются у людей с генетической предрасположенностью к ним. По статистике микозами страдает каждый пятый из населения земли; Псориазом болеют 2-5% всего населения ; Пиодермиями по статистике заболевают от 25 до 40% населения.

Цель работы:

Дать объяснение симптоматики, клинического течения, лечения, профилактики и ухода за больными микозами, пиодермиями, псориазом.

Практическое значение курсовой работы:

В данной курсовой работе описаны патологические, клинические , симптоматические явления каждого из данных заболеваний, так же описано лечение и уход за больными, используемый в медицинской практике и по сегодняшний день.

Теоретическая часть

. Пиодермии

.1 Остиофолликулит

Характеризуется образованием в устье волосяного фолликула пустулы с булавочную головку, располагающуюся на гиперемированном основании, пронизанную волосом. Пустула покрывается корочкой желтого цвета, которая через несколько дней отпадает, не оставляя следа.

Остеофоликулиты не склонны к периферическому росту. Они могут быть как одиночными, так и множественными.

.2 Фолликулит

Является следующим этапом развития остиофолликулита, более глубоким распространением воспаления волосяного фолликула. В процесс вовлекается не только эпителиальная, но и соединительнотканная часть фолликула волоса, а также прилегающая к нему дерма.

На высоте своего развития фолликулит представляет собой небольшую фолликулярную пустулу, пронизанную волосом. У основания пустулы имеется болезненный воспалительный инфильтрат плотноватой консистенции, определяемый при пальпации в виде узелка в толще дермы. Через 1-2 дня экссудат пустулы ссыхается в корку, которая затем отторгается. Эрозия под коркой эпителизируется.

.3 Стафилококковый сикоз

Это хроническое воспаление фолликулов волос с рецидивирующем течением. Развивается, как правило, у мужчин, локализуется преимущественно в области бороды и усов. Возникает на фоне хронических очагов инфекции, патологии со стороны внутренних органов, нервной и эндокринной систем, гиповитаминозов.

Стафилококковый сикоз начинается с развития фолликулитов, количество которых увеличивается, они сливаются между собой и образуют инфильтрированные очаги ярко-красного цвета, усеянные пустулами и корками, с множественными эрозиями. По периферии очагов располагаются папуло-пустулезные элементы. Заболевание сопровождается ощущением зуда, жжения, боли. Иногда увеличиваются регионарные лимфатические узлы. Стафилококковый сикоз длится годами, рецидивирует, устойчив к терапии.

.4 Фурункул

Это острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула и окружающей его соединительной ткани. Сформированный фурункул представляет собой болезненный воспалительный узел с наличием фолликулярной пустулы. Кожа над узлом багрово-красного цвета. Затем происходит некроз волосяного фолликула с образованием некротического стержня. В результате гнойного расплавления инфильтрата фурункул вскрывается и выделяется небольшое количество гнойно-некротического отделяемого. После отторжения некротического стержня и гноя образуется кратерообразная язва, которая гранулируется и заживает рубцом. При заболевании нарушается обычно общее состояние: повышается температура, появляется головная боль и недомогание.

Фурункул может располагаться на любом участке тела, за исключением ладоней и подошв, на которых фурункулы не могут развиваться из-за отсутствия волосяных фолликулов.

Очень опасны фурункулы верхней губы и носогубных складок, так как здесь близко расположена передняя лицевая вена, сообщающаяся с кавернозным синусом. В этом месте наиболее возможно попадание септического эмбола в венозную сеть и занос его в венозный синус, в результате чего развивается менингит.

Фурункулы могут быть одиночные или множественные. При хроническом рецидивирующем фурункулезе высыпание фурункулов происходит непрерывно или с короткими интервалами на протяжении многих месяцев и лет. Новые элементы возникают тогда, когда начальные еще не полностью регрессировали, а также спустя несколько недель или месяцев после их исчезновения.

Хроническое рецидивирующее течение фурункулеза обычно обусловлено понижением сопротивляемости организма, нарушением углеводного обмена, хроническими истощающими заболеваниями, гиповитаминозами, анемией.

.5 Карбункул

Конгломерат фурункулов, возникающий в результате одновременного гнойно-некротического поражения многих рядом расположенных волосяных фолликулов.

При карбункуле поражение более глубокое, чем при фурункуле, в большей степени вовлекается в патологический процесс подкожная основа вплоть до фасции. Образуется глубокий, плотный, резко болезненный инфильтрат, который может достигать величины детской ладони. Кожа над инфильтратом синюшно-красная, вокруг него очень отечна.

Через 8-12 дней инфильтрат размягчается и отторгаются гнойно-некротические массы, в результате чего на поверхности карбункула появляются отверстия, напоминающие решето. В результате увеличения по периферии отверстий образуется язва значительных размеров, которая постепенно заполняется грануляциями и заживает втянутым рубцом.

Общее состояние больного при карбункуле нарушается еще больше, чем при фурункуле. Наблюдается стойкое повышение температуры тела, сопровождающееся ознобом. У истощенных и ослабленных больных течение карбункула может быть тяжелым, вплоть до развития сепсиса.

.6 Гидраденит

Острое гнойное воспаление апокриновых потовых желез, локализующееся преимущественно в подмышечных впадинах. Болеют чаще женщины.

В глубине подкожной основы возникают единичные или множественные болезненные величиной с горошину узлы, постепенно увеличивающиеся в размерах. Кожа над узлами вначале становится отечной, красной, затем синюшно-красной. Вследствие гнойного расплавления плотные узлы быстро размягчаются, появляется флюктуация, и узлы вскрываются. Через свищевые отверстия выделяется густой, иногда с примесью крови, гной. В конечном счете образуется рубец.

Заболевание обычно сопровождается повышением температуры тела и недомоганием.

У лиц ослабленных и истощенных гидраденит может принять хроническое течение.

.7 Перепортит

Воспаление устьев выводных протоков эккриновых потовых желез. Возникает у грудных детей с повышенным потоотделением, ослабленных, также при плохом уходе, как осложнение потницы. Сыпь локализуется преимущественно в области спины, груди, шеи, медиальной поверхности бедер. Появляется большое количество мелких, величиной с булавочную головку, пузырьков. Некоторые из элементов сыпи могут рассосаться, содержимое же других становится мутным - пузырек превращается в пустулу. Кожа вокруг пузырьков и пустул несколько гиперемирована.

Первичные элементы потницы могут покрываться корочками или на их месте образуются мелкие эрозии. Сыпь проходит бесследно.

.8 Множественные абсцессы (псевдофурункулез)

Воспаление эккриновых потовых желез у детей грудного возраста. Заболевание наблюдается у ослабленных, плохо ухоженных детей.

Псевдофурункулез характеризуется образованием плотных воспалительных узлов величиной с горошину, увеличивающихся постепенно до размера вишни и размягчающихся с образованием абсцесса. Кожа над абсцессами багрово-красного цвета. Множественные абсцессы внешне похожи на фурункулы, но в отличие от них не имеют некротического стержня. В конечном итоге абсцессы вскрываются с образованием свищей, а затем язв.

Заболевание протекает длительно. Оно, как правило, сопровождается нарушением общего состояния и повышения температуры тела. Псевдофурункулез может привести к развитию пиемии, сепсиса.

.9 Эпидемическая пузырчатка новорожденных

Острое инфекционное заболевание, отличающееся высокой контагиозностью. Вызывает его преимущественно патогенный золотистый стафилококк.

Пузырчатка новорожденных поражает детей в первые дни жизни, в основном с 7 по 10 дни после рождения.

Источником инфекции чаще всего являются лица медицинского персонала или матери новорожденных, болеющие или недавно переболевшие стафилококковыми заболеваниями кожи. Патогенные стафилококки могут попадать на кожу новорожденного из плохо обработанного, инфицированного пупка.

Передача инфекции от одного новорожденного другим руками медицинского персонала или через белье может привести к развитию в родильном доме эпидемической вспышки заболевания. Высыпаниям нередко предшествует кратковременная лихорадка. Сыпь состоит из напряженных или дряблых пузырей на гиперемированном основании. В результате периферического роста они быстро увеличиваются, достигая нескольких сантиметров в диаметре. Серозное содержимое пузырей превращается в гнойное. После разрыва тонкой покрышки пузыря образуется эрозия. Вначале чаще всего высыпания локализуются на руках и животе, затем могут распространяться по всему телу. На ладонях и подошвах пузыри располагаются исключительно редко.

Общее состояние больных в легких случаях не нарушено.При более тяжелых формах повышается температура, отмечается вялость, потеря аппетита, диарея, в ряде случаев развиваются осложнения (пневмония, отит, коньюктивит) , в особо тяжелых случаях - септикопиемия.

Злокачественной формой эпидемической пузырчатки новорожденных является эксфолиативный дерматит Риттера - самая тяжелая стафилодермия новорожденных. Поражение кожи заключается в ее покраснении и образовании пузырей. Появляется гиперемия, отечность, шелушение кожи вокруг рта, в области подбородка и прилегающих к нему участков щек. Воспалительный процесс быстро распространяется по всему телу. Кожа принимает диффузный ярко-красный цвет, на фоне которого появляются крупные пузыри, которые могут сливаться. Пузыри лопаются и образуются обширные эрозии. Эрозивная поверхность напоминает картину ожога. Эпидермис легко отслаивается, отделяясь пластами.

Общее состояние ребенка зависит от степени распространенности процесса. Температура нередко повышается до 39-40 0С , развивается токсико-септическое состояние, а затем и сепсис. Отмечается уменьшение массы тела и желудочно-кишечные расстройства. Нередки осложнения: пневмония, пиелонефрит, отит, абсцессы, флегмоны. При тяжелом и осложненном течении заболевания может наступить летальный исход.

.10 Импетиго стрептококковое

Наиболее часто встречающаяся поверхностная форма стрептодермии у детей. Заболевание отличается контагиозностью. Возбудитель передается чаще через предметы быта , игрушки, инфицированные руки. Возможность развития импетиго усугубляет насморк и выделение из наружного слухового прохода при гнойном отите.

Стрептококковое импетиго начинается с небольшого гиперемического пятна, на котором очень быстро образуется фликтена - пузырек с дряблой покрышкой, располагающийся под роговым слоем эпидермиса. Содержимое фликтены ссыхается и очаги поражения оказываются покрытыми коркой бурого цвета. При снятии корки обнаруживается эрозия. Фликтены сливаются между собой и образуют обильные очаги поражения.

После отделения корки остается синевато-розовое пятно, которое со временем проходит. Импетиго исчезает бесследно. В тех случаях , когда образуются фликтены в виде пузырей, диагностируют пузырное импетиго. Смешанное стрепто-стафилококковое импетиго называют обыкновенным. Содержимое фликтен становится гнойным, корки приобретают зеленовато-желтый цвет.

.11 Щелевидное импетиго

Это стрептококковое импетиго в углах рта. Вначале этой области появляется фликтена, затем образуется эрозия, имеющая линейное расположение. Кожа углов рта отечна и гиперемирована, в глубине складки щелевидная эрозия с нависающим белосоватым венчиком отслоившегося эпидермиса. Формирующаяся на поверхности эрозии корка и восстанавливающийся эпителий легко разрываются при движении губ. Поражение болезненное.

При стрептакокковой паронхии - воспалении околоногтевого валика, фликтена располагается подковообразно, охватывая ноготь с трех сторон. После вскрытия фликтены образуется эрозия ярко-красного цвета, окруженная каемкой отслоившегося эпидермиса.

.12 Интертригинозная стрептодермия

Является разновидностью стрептококкового импетиго. Она развивается в крупных кожных складках. Эта форма стрептодермии характеризуется образованием в кожных складках сплошной эрозивной мокнущей поверхности ярко-розового цвета, резко ограниченной от окружающей здоровой кожи. Субъективные ощущения: чувство жжения,болезненность.

.13 Хроническая поверхностная диффузная стрептодермия

Характеризуется диффузным поражением участка кожи, преимущественно голеней у больных с варикозным симптомокомплексом и застойными явлениями. В очагах отмечается гиперемия, иногда с синюшным оттенком, легкая инфильтрация с наличием большого количества корок коричневато-желтого цвета. Поражение имеет тенденцию к периферическому росту. Заболевание протекает хронически, после клинического выздоровления часто рецидивирует.

.14 Эктима обыкновенная, или стрептококковая

Представляет собой глубокое поражение кожи язвенного характера. Заболевание развивается у людей со сниженной сопротивляемостью организма.

Вначале возникает болезненная пузырная фликтена . Затем образуется желтовато-бурая корка. Под ней располагается язва я подрытыми краями и легко кровоточащим дном. Просуществовав 2-3 недели, язва медленно заживает, оставляя на своем месте рубец.

.15 Лечение

Лечение гнойничковых болезней должно быть комплексным. Применяемые методы и средства зависят от этиологических и патогенетических факторов, вида и вирулентности бактерий, состояния общей сопротивляемости организма. Большое значение имеет глубина патологического процесса, его локализация и продолжительность.

Важную роль в лечении пиодермий играет правильный уход.

При поверхностных формах пиодермий:

Энтеральное и парентеральное применение антибиотиков и сульфаниламидных препаратов не целесообразно. Эти формы легко поддаются наружному лечению, заключающему в назначении дезинфицирующих средств. Вначале вскрывают пустулу или удаляют корки. Эрозию смазывают раствором фурацилина или мазью с одним из антибиотиков.

При лечении глубоких форм пиодермий:

Антибиотики, сульфиниламиды, методы специфической и неспецифической иммунотерапии, физиотерапия.

грибковый слизистый псориаз орган

2. Микозы

.1 Кератомикозы. Отрубевидный лишай

Заболевание характеризуется поражением только рогового слоя эпидермиса, отсутствием воспалительных явлений и незначительной контагиозностью.

Процесс локализуется главным образом на туловище, преимущественно на груди и спине, реже - на шее, наружных поверхностях плеч, волосистой части головы. Предрасполагающей причиной развития микоза служит повышенное потоотделение.

Поражение кожи начинается с мелких пятен, имеющих у разных больных самые различные оттенки коричневого цвета. Пятна увеличиваются в размерах, сливаются друг с другом, образуя более или менее крупные очаги с мелкофестончатыми очертаниями. На их поверхности отмечается едва заметное отрубевидное шелушение, связанное с разрушением рогового слоя. Заболевание продолжается многие годы и месяцы. У загорелых людей очаги поражения выгладят более светлыми, чем здоровая кожа. Это объясняется тем, что под влиянием солнца они разрушаются, однако, через разрыхленный роговой слой кожа получает недостаточную дозу инсоляции для загара.

Лечение:

Ограниченные очаги поражения смазывают 2% спиртовым раствором йода, нитрофургином, другими фунгицидными средствами. При распространение поражении втирают и 6% раствор хлористо-водородной кислоты по методу Демьяновича. После ликвидации клинических проявлений необходимо провести в течении месяца провести противорецидивное лечение : ежедневное растирание ранее пораженной кожи 2% салициловым спиртом или раствором разведенной соляной кислоты, обработка кожи раз в неделю по методу Демьяновича . Излечение может наступить и после УФ - облучений, однако при этом, до тех пор пока не сойдет загар, остается лейкодерма.

.2 Дерматофитии

Является самым распространенным грибковым заболеванием у детей в связи с выраженной контагиозностью инфекции и вирулентностю её возбудителей. Заражение зоофильной микроспорией происходит от больный кошек и собак или через предметы, содержащие споры этого гриба. Инкубационный период длится от 2-3 недель до 2-3 месяцев. Заболевание поражает гладкую кожу, волосистую часть головы и редко - ногти.

При поражении гладкой кожи пушистым микроспорумом возникают воспалительные пятна округлых очертаний с валиком по периферии из слившихся мелких узелков, пузырьков и корочек. Центральная часть очага поражения покрыта мелкими чешуйками.

Очаги поражения на коже волосистой части головы представлены 1-2 крупными, округлыми, четко ограниченными участками облысения, часто с большой воспалительной реакцией и отрубевидным шелушением на поверхности. Все волосы в очагах обломаны на уровне 4-8 мм и видны «чехлы» покрывающие обломанные волосы. Создается впечатление, что волосы в очагах поражения как бы подстрижены, в связи, с чем это заболевание раньше называлось стригущим лишаем.

Встречается также инфильтративно-нагноительная форма микроспории, характеризующаяся общими расстройствами, лихорадкой, недомаганием, увеличением регионарных лимфатических узлов, появлением вторичных аллергических высыпаний.

Микроспория, обусловленная антропофильным грибом - ржавым микроспорумом, встречается редко. Заражение происходит от больных людей, через зараженные предметы. Инкубационный период составляет 4-6 недели. На гладкой коже появляются эритематозно-сквамозные очаги в виде колец, вписанных друг в друга. На волосистой части головы очаги поражения мелкие, склонны к слиянию и к переходу на гладкую кожу. Воспалительная реакция и субъективные ощущения в очагах обычно отстутствуют. Кожа слабо шелушится; помимо обломанных на уровне 6-8 мм волос, сохраняются и здоровые.

Диагноз:

Подтверждается нахождением при микроскопических исследоманиях мицелия грибов с определенными культурными свойствами. Важное дифференциально-диагностическое значение имеет зеленое свечение пораженных волос при освещении лампой Вуда. Средние медицинские работники должны широко применять этот люминисцентный метод диагностики при обследовании детей, имевших контакт с больными микроспорией, а также животных, подозреваемых в заражении.

Лампа Вуда представляет собой кварцевую лампу, ультрафиолетовые лучи которой пропускаются через стекло, импрегнированное солями калия. Обследование проводят в затемненном помещении. Следует помнить, что жирные волосы также могут давать под лампой Вуда желтовато-зеленое свечение, поэтому перед диагностикой во избежание ошибок волосы рекомендуется вымыть, удалив мазь.

Течение микроспории без лечения длительное, к периоду полового созревания заболевание исчезает.

.3 Трихофития

Вызывается различными видами грибов рода Trichophyton и может поражать любой участок кожного покрова в том числе и ногти. Заболевание может существовать многие годы, но обычно к периоду полового созревания проходит самопроизвольно. Клинически различают поверхностную и инфильтративно-нагноительную форму.

Поверхностная трихофития - вызывается антропофильными грибам. Обычно болеют дети. Инфекция передается при прямом контакте., реже - через предметы, которыми пользуется больной. Очень часто источником заражения являются взрослые, страдающие хронической трихофитией. Заболевание очень заразное, особенно среди детей и подростков, и поэтому нередко наблюдается в виде семейных и школьных эпидемий.

На гладкой коже поверхностная трихофития характеризуется появлением четко ограниченных округлых или овальных отечных очагов поражения, обладающих тенденцией к периферическому росту. По периферии очагов имеется бордюр из мелких пузырьков, узелочков, корочек, в центре - незначительное отрубевидное шелушение.

При локализации процесса на волосистой части головы появляются многочисленные, беспорядочно рассеянные мелкие, величиной с горошины до ногтя, шелушащиеся серовато-белые чешуйки и плешинки. Наряду с довольно большим количеством сохранившихся волос имеются больные волосы - укороченные и обломанные. Такие участки с обломанными волосами производят впечатление как бы выстреженных, чем и объясняется название «стригущий лишай».

В одних случаях волосы - обламываются у места выхода их из кожы, имеют вид темных точек, поперечник которых шире, чем у здоровых волос; в других - обламываются на расстоянии 2-3 мм выше уровня кожи, становятся тусклыми, сероватыми, изогнутыми вследствие потери эластичности. Кожа в очагах поражении обычно несколько воспалена.

Поверхностная трихофития, начавшаяся в детском возрасте, может перейти в хроническую трихофитию взрослых. Болеют преимущественно женщины с дисфункцией желез внутренней секреции, гиповитаминозами А и Е. Хроническая трихофития волосистой части головы отличается микросимптоматикой, отсутствием субъективных ощущений. Чаще всего в затылочной и височной областях обнаруживают едва заметное диффузное или мелкоочаговое шелушение по типу сухой себореи. В этих же местах можно наблюдать мелкие атрофические рубчики и черные точки - пеньки волос, обломанных в устьях фолликулов. На гладкой коже у больных хронической трихофитией отмечаются розово-синюшные, слегка шелушащиеся очаги с размытыми, нечеткими границами. Излюбленная локализация процесса - область ягодиц, бедер, ладони, тыл кистей. У 1/3 больных поражается несколько пальцев кистей.

Инфильтративно-нигноительная

Вызывается зоофильными грибами и сопровождается интенсивными воспалительными явлениями в виде фолликулитов, периофолликулитов и подкожных узлов, переходящими в нагноение.

Заболевание как правило, передается от домашних животных и наблюдается главным образом у лиц, ухаживающих за животными. Реже источником заражения являются люди.

Заражению подвержены как взрослые, так и дети. У взрослых чаще локаливуется в области бороды и усов и носит название паразитарного сикоза, у детей - на голове, и называется керионом Цельса.

Заболевание обычно начинается с появления пятна поверхностной трихофитии. Вскоре на фоне пятен в окружности пораженных волос развиваются остеофолликулярные гнойнички, которые быстро распространяются на соседние фолликулы; последние, продвигаясь по острому гнойному воспалению с образованием массивного перифолликулярного инфильтрата, сливаются между собой в сплошные, возвышающиеся над кожей очаги поражения.

Развитый очаг - Это резко отграниченное, округлое, с гладкой или бугристой поверхностью, довольно значительно возвышающееся над уровнем здоровой кожи, багрового цвета опухолевидное образование, покрытое импетигиозными корками и усеянное сильное расширенными, свободными от волос устьями фолликулов, выделяющих самопроизвольно или при надавливании капли густого гноя.

При ощупывании опухоли в глубине ее обнаруживается отдельные флюктуирующие узлы, из которых при проколе выделяется значительное количество гноя. В гное иногда можно заметить обломки пораженных волос. Большинство волос в районе поражения выпадает, сохранившиеся легко извлекаются пинцетом и в корневой части окружены муфтой из стекловидно-перерожденных влагалищ волоса.

Очаги создают неприятный слащавый запах. Количество их обычно не многочисленно, величина различна в среднем до 3-4 см в поперечнике. Отличаясь преферическим ростом, отдельные очаги, сливаясь, могут достигать размеров ладони и даже больше. Субъективные ощущения обычно незначительны.

В некоторых случаях процесс осложняется болезненным увеличением регионарных лимфаузлов с последующим размягчением их и вскрытием. У ослабленных и истощенных больных при етом наблюдается повышение температуры, головные боли, недомогание. Не редко керион сопровождается появлением на коже аллергических высыпаний- так называемых трихофитов.

Диагноз стаят на основании острого начала заболевания, обнаружения резко ограниченных опухолевый образований покрытых импетигиозными корками и усеянных зияющими, расширенными устьями фолликулов, лишены волос и выделяющих при надавливании густой гной. Клинический диагноз в каждом отдельном случае подтверждают микологическим исследованием, включая и посевы на питательных средах. Для анализа лучше брать гной из фолликулярных отверстий.

Заболевания ногтей (онхиомикозы)

Встречаются также у больных трихофитией, фавусом, микозами стоп; редко процесс ограничен только ногтями. Ноготь, пораженный грибами рода Trichophyton, тускнеет, утолщается, делается хрупким и ломким, растрескивается, приобретает грязно-серый цвет, укорачивается, имеет неровный, как бы изъеденный край

Лечение:

Терапия больных трихофитией, микроспорией, и фавусом должна производиться в стационаре. При поражении только гладкой кожи очаги смазывают утром 2-10% йодной настойкой и вечером 5-10% серно-салициловой мазью в течение 2 недель, до полного исчезновения очагов поражения.

При поражении волосистой части головы волосы в очагах сбривают 1 раз в неделю и очаги смазывают утром 2-5% спиртовым раствором йода, на ночь - 5% серно-салициловой или 5-10 % дегтярной мазью. Рекомендуется также через день мыть голову горячей водой с мылом. Одновременно начинают противогрибковый антибиотик гризеофульвин из расчета 22 грамма на 1 килограмм веса ежедневно, в течение 20-25 дней. После получения первого отрицательного анализа на грибы гризеофульвин назначают через день в течение 2 недель до полного выздоровления.

Если гризеофульвин противопоказан, для эпиляции волос применяют 4% эпилиновый пластырь. Предварительно волосы сбривают, пластырь наносят тонким слоем на очаги. Детям до 6 лет пластырь накладывают однократно на 15-18 дней, а детям старшего возраста дважды, меняя повязку через 8-10 дней. Обычно волосы выпадают через 21-24 дня. Затем начинают фунгицидные средства. Пластырь дозируют в зависимости веса больного.

При инфильртативно-нагноительной трихофитии лечение начинают с удаления корок, имеющихся в очагах поражения, с помощью повязок с 2% салициловым вазелином. Затем средний медицинский работник производит ручную эпиляцию волос как в очагах, так и на 1 см по периферии . В дальнейшем назначают влажно-высыхающие повязки из 0,1% раствора этакридина лактата, 10% водного раствора ихтиола или жидкости Бурова. После ликвидации острого воспаления применяют 10-15% серно-дегтярную , или 10% серно-салициловую мази, мазь Вилькинсона. Это лечение можно сочетать с приемом гризеофульвина внутрь.

Лечение.

Лечение онхиомикозов - весьма сложный процесс и его эффективность зависит от тщательности проведения средним медицинским персоналом необходимых манипуляций. Лучшим методом является комбинированный - прием внутрь гризеофульвина (низорала) в течении 3-4 месяцев, удаление ногтей и местная фунгицидная терапия. Ногти удаляют хирургическим способом или при помощи кератолитических средств. Удаление ногтей хирургическим путем производит врач. Для удаления ногтей, которым занимаются медицинские сестры, предложено несколько методов.

. Метод Адриасяна. Пораженный ноготь удаляется с помощью порошка- онихолизина (15% сернистый барий на тальке), который наносят на ноготь в виде кашицы на 30-40 минут, увлажняя ее все время водой из пипетки. После этого кашицу смывают водой, а размягченный слой ногтя соскабливают скальпелем, затем повторно наносят онхиолизин и таким образом удаляют весь ноготь. Далее на ложе ногтя накладывают мазь из салициловой, солочной кислоты и резорцина в 15% концентрации под компрессную бумагу на 2 суток. Отслоившиеся роговые массы удаляют скальпелем и пинцетом. Делают таких 2-3 тура. После чистки ложе ногтя смазывают спиртовым раствором йода до отрастания здоровых ногтей.

. Метод Арвийского. Мазь, состоящую из равных частей йодида калия и ланолина, накладывают на пораженный ноготь в течение 10 дней до его размягчения. После удаления такого ногтя ежедневно в течение 5 дней ложе смазывают мазью следующего состава: йода кристаллического 0,2 г, ланолина и йодида калия по 10 г. Эти процедуры повторяют по нескольку раз.

. Применение кератолических пластырей. 50% салицилового, 10% трихлоруксусного, «диметилсульфаксидного», 30% салицилового, 20% бензойного и уреапласта, содержащего 20% мочевины. Особенно эффективен урепласт, который наносят на пораженный ноготь после предварительно горячей мыльно-содовой ванны толстым слоем 3-5 мм. Кожу валика ногтя следует обязательно зачищать полосками лейкопластыря. Повязку оставляют на 5 суток, а процедуру повторяют до полного размягчения ногтя. После снятия пластыря ноготь удаляют скальпелем, маникюрными кусачками или ножницами. Далее назначают местную фунгицидную терапию, п том числе и пластырями - 20% пирогалловым, 5% салицилово-тимоловым, 5% бетанафтоловым.

Местное лечение следует продолжать в течение 3-4 месяцев, до полного отрастания ногтей.

Профилактика.

Наряду с изоляцией больных важное значение имеет систематическое наблюдение за санитарно-гигиеническим состоянием детских учреждений и соответствующий санитарный надзор за всеми местами общего пользования.

Одним из наиболее действенных мероприятий по борьбе с заразными грибковыми заболеваниями является диспансеризация, которая предусматривает обязательную регистрацию всех заболевших с извещением об этом кожно-венерологического диспансера и СЭС.

При диспансеризации детских учреждений весь обслуживающий персонал подлежит обязательному обследованию, во время которого нужно помнить о возможности онхиомикозов и хронической трихофитии взрослых.

Каждый ребенок, у которого обнаружены очаги шелушения на голове, должен быть немедленно изолирован от других детей и обследован. При массовом заболевании в школе целесообразна организация отдельных классов для больных детей.

Для профилактики микозов животного происхождения необходимо осуществлять систематический ветеринарный надхор, изоляцию и лечение больных животных. Следует снабдить лиц, ухаживающих за скотом, спецодеждой, периодически подвергать их медицинским осмотрам и вести среди них санитарно-просветительную работу.

Личная профилактика в основном сводится к правильному гигиеническому содержанию кожи.

.4 Микозы стоп

Заболевание происходит в банях, душевых, на пляжах, в спортивных залах, при пользовании чужой обувью и другими предметами домашнего обихода, загрязненными элементами гриба.

В патогенезе заболевания существенное значение имеет анатомо-физиологическое строение кожи стоп, усиленные потоотделения, изменение химизма пота, обменные и эндокринные отклонения, травмы нижних конечностей, вегетодистонии. Возбудители в течении длительного времени могут находиться в сапрофитирующем состоянии, не вызывая активных клинических проявлений.

Возбудителями микозов стоп являются различные виды трихофитонов, однако, по традиции эти поражения именуются эпидермофитией.

Эпидермофития стоп имеет несколько клинических форм, каждая из которых может сочетаться с поражением ногтей. Процесс чаще всего может начинаться в межпальцевых промежутках, преимущественно между прилегающими 4 и 5 пальцами. При ощущении легкого зуда на дне 4-й межпальцевой складки появляется полоска набухшего, мацерированного и слегка шелушащегося эпидермиса. Через 2-3 дня в центре измененного эпидермиса появляется маленькая трещинка, выделяющая наибольшее количество серозной жидкости. В одних случаях трещина по прошествии некоторого времени заживает и снова рецидивирует. Эпидермис же остается мацерированным, роговой слой его легко отделяется в виде беловатых лоскутов, видимого воспаления в большинстве случаев нет, течение процесса торпидное, малобеспокоящее больного. В других случаях мацерированный роговой слой отпадает, обнажая эрозивную, розовато-красную поверхность, выделяющую прозрачную серозную жидкость, окруженную, как рамкой, узкой полоской набухшего рогового слоя. Процесс, постепенно прогрессируя, может распространиться на межпальцевые складки, подошвенную поверхность пальцев и прилегающие части самой стопы.

Просачивающаяся на поверхность эрозивных участков серозная жидкость служит прекрасной питательной средой для дальнейшей жизнедеятельности грибов. Поступление грибов через роговой слой в глубжележащие части эпидермиса ведет к экзематозной реакции. В таких случаях на фоне поражения появляются многочисленные сильно зудящие, наполненные прозрачной жидкостью пузырьки, которые местами сливаются, эрозируются и оставляют мокнущие участки, имеющие чрезвычайно резкие границы, на всем протяжении отороченные узкой полоской набухшего мацерированного рогового слоя. Процесс может перейти на тыльную поверхность стопы и пальцев, подошву, захватывая ее свод до самой пятки. Заболевание то ослабевая, то усиливаясь, без надлежащего лечения длится долгие годы.

Нередко при этом присоединяется вторичная патогенная инфекция: прозрачное содержимое пузырьков нагнаивается, гиперемия усиливается и распространяется за границы поражения, стопа отекает, движения больного затруднены или невозможны из-за резкой болезненности. Могут развиваться и другие осложнения, такие как: лимфангоиты, лимфадениты, рожа.

В ряде случаев эпидермофития на подошвах выражается появлением на неизмененной вначале кожи отдельных групп зудящих глубоко расположенных, плотных на ощупь, местами сливающихся пузырьков и пузырей с прозрачным или слегка мутноватым содержимым. Пузырь может самопроизвольно вскрыться. Роговой покров, образующий его покрышку, отпадает, сохраняясь в виде венчика лишь по краям поражения. Центральные части имеют гладкую, розовато-красного цвета, слегка шелушащуюся поверхность. Нередко на ней появляются новые пузырьки; резе после отпадания покрышек пузырей центр представляется эрозированным, красного цвета, мокнет.

За счет слияния начального очага с возникающими по периферии новыми пузырьками и пузырями поражение распространяется и может захватить значительные участки подошв, но вместе с тем всегда сохраняется характерная для микотического процесса резкость границ, подживающий центр, окруженный бордюром отслаивающегося рогового слоя, малая наклонность к мокнутию и нередко односторонность поражения.

Всасывание алергенов из очагов поражения сенсибилизирует организм, повышает чувствительность кожных покровов. На такой коже под влиянием ряда дополнительных факторов может появиться сыпь аллергического характера. Последняя чаще всего наблюдается на кистях и носит характер везикулезной экземы. Образуются резко ограниченные экзематозные диски, усеянные большим количеством мелких пузырьков с прозрачным содержимым, которые лопаются, обнажая эрозивную, мокнущую поверхность ,окруженную возвышающимся ободком из набухшего и отслаивающегося эпидермиса. Грибов обычно в этих поражениях не находят.

Ввиду значительного распространение эпидермофитии практически важно при всякой очаговой экзематозной реакции на кистях, особенно имеющей резкие границы, осмотреть все кожные складки у больного. Нередкая находка грибкового процесса на стопах позволяет во многих случаях правильно расценить экзематозную реакцию кистей и при соответствующем лечении основного очага на стопах быстро достичь терапевтического успеха.

Эпидермофития стоп начинается преимущественно летом. Повышенная потливость, недостаточное обсушивание межпальцевых промежутков после купания, мацерируя эпидермис, способствуют внедрению гриба. Поражение ногтей при микозах стоп обычно наблюдается на 1 и 5 пальцах. Поражение обычно начинается со свободного края. Ноготь утолщается, имеет желтоватую окраску и зазубренный край. Постепенно развивается выраженный подногтевой гиперкератоз.

Профилактика.

Заключается в борьбе с избыточной потливостью, соблюдению элементарных правил личной гигиены, тщательном обслуживании межпальцевых промежутков после купания, ношении удобной обуви, обязательном кипячении чулок и носков при стирках с последующим их проглаживанием. Ношение резиновой обуви или резиновых стелек - благоприятный для развития микоза фактор. В весеннее- летний период целесообразна профилактическая обработка стоп фунгицидными препаратами. Общественная профилактика включает гигиеническое содержание бань, душевых установок, бассейнов.

Лечение.

В каждом конкретном случае лечение индивидуальное в зависимости от характера изменений.

В остро протекающих случаях с обильным мокнутием и отеком вначале необходимо ослабить воспалительные явления, для чего назначают покой, охлаждающие примочки, чередую их с согревающими компрессами, например, из жидкости Бурова, 2% раствора нитрата серебра и 0,1 % раствора этакридина лактата . Крупные пузыри после предварительной обработки иглы спиртом прокалывают. Необходимо тщательно и ежедневно удалять ножницами нависающий мацерированный роговой слой на переферии всех очагов поражения.

При аллергических воспалениях проводят десенсибилизирующую терапию: внутривенные вливания 20% раствора гипосульфита натрия, назначают молочно- растительную диету, следят за правильной функцией кишечника.

По мере стихания воспалительного процесса назначают 2-3% борно-дегтярные, серно-дегтярные или борно-нафталиновые пасты. На заключительном этапе наружной терапии применяют фунгицидные растворы и мази: ундецин, микозолон, микосепин, цинкундан.

При рубромикозе гладкой кожи стоп и ладоней отслаивают роговой слой мазями или лаками с кератолическими веществами, смазывают 2% спиртовым раствором йода с последующим применением мази микозолон, 3-5 % серной мази, серно-салициловой и дегтярной мазей. Пораженные ногти удаляюь, ложе ногтя лечат противогрибковыми платырями, мазями и жидкостями. Одновременно назначают длительные курсы изеофульвина или низорала внутрь.

Организация борьбы с микозами стоп проводится всеми медицинскими работниками и включает ряд мероприятий: оздоровление условий производственной среды, санацию больных - источников заражения, лечебно- профилактические и санитарно- гигиенические меры по прекращению дальнейшего распространения заболевания, санитарно-просветительную работу.

.5 Кандидоз

При кандидозе могут поражаться слизистые оболочки половых органов. Кандидозный вульвагинит сопровождается мучительным зудом и творожистыми выделениями из влагалища. При дрожжевом баланите и баланопластите слизистая оболочка головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти мацерированны, на них имеются белые налеты и эрозии. Кандидоз может передаваться половым путем.

Широкое использование в медицинской практике антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков привело к распространению этой группы микозов. Страдают кандидозом люди любого возраста, в большинстве дети и пожилые. Необходимо помнить что дрожжевые грибы рода Candida можно обнаружить как сапрофиты на здоровой коже и слизистых оболочках, и возникновение заболевания в значительной мере зависит от состояния макроорганизма . Различные заболевания, снижающие иммунитет, являются фоном для возникновения кандидоза. Травмы, длительная мацерация кожи и слизистых оболочек такжзе способствует заболеванию.

Многочисленные клинические варианты дрожжевых поражений кожи, слизистых оболочек, придатков кожи, внутренних органов подразделяют на две группы: кандидозы наружных покровов и висцеральные системные кандидозы.

У ослабленных детей грудного возраста, страдающих диспепсией или другими заболеваниями, часто развивается дрожжевой стоматит. Клинически он характеризуется появлением белого налета на различных участках слизистой оболочки рта. Налет имеет вид створоженного молока, отсюда другое название заболевание - «молочница». В дальнейшем очажки налета сливаются, после их снятия обнажаются ярко-красная отечная слизистая оболочка или легко кровоточащая эрозия. Поражение слизистой оболочки рта может распространяться на углы рта, красную кайму губ, зев, миндалины.

Довольно часто встречается дрожжевой глоссит, при котором налет встречается на спинке языка. Налет легко снимают поскабливанием шпателя, обнажая гладкую, слегка гиперемированную поврхность. Без лечения процесс может распространиться на слизистые оболочки щек, губ, десен, миндалин. Следует помнить что кандидоз довольно часто наблюдается у больных с инфекцией, вызванной вирусом имунодефицита человека.

У лиц пожилого возраста с неправильным прикусом может развиться кандидоз уголков рта. Кожа в очагах поражения мацерирована, влажная, покрыта белым, легко снимающимся налетом, отмечаются болезненность трещины, корочки.

Кандидоз бывает в области складок кожи у лиц, страдающих ожирением, диабетом. В этих местах кожа ярко-красного цвета, слегка влажная, покрыта белым налетом. Субъективно больные ощущают зуд. На кистях, обычно в 3-й межпальцевой складке, на фоне гиперемии появляются мелкие, сливающиеся пузырьки, которые быстро вскрываются образую эрозии с подрытыми краями. Такие межпальцевые дрожжевые эрозии могут быть профессиональными, например, у лиц, занятых в кондитерском производстве, у рабочих плодоовощных баз.

Кандидозный вульвагинит, баланит и баланопостит

Развиваются изолированно или в сочетании с другими формами кандидоза. Вульвагинит сопровождается мучительным зудом и эпизодическими выделениями из влагалища. При дрожжевом баланите и баланопостите ограниченные участки головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти мацерированы, на них имеются серовато-белые налеты и эрозии. Следует помнить, что кандидоз может передаваться половым путем.

Кандидоз ногтевых валиков и ногтей чаще наблюдается у женщин. Ногтевые валики отечны, инфитрированыы, гиперемированы. Ногтевая кожица отсутствует; ногти, поражаясь с латеральных сторон, приобретают буровато-серый цвет, становятся неровными. Стредние медицинские работники, страдающие дрожжевыми поражениями ногтей и ногтевых валиков, не должны работать с пациентами, особенно с детьми, из-за возможности передачи микотической инфекции.

Клинически висцеральный кандидоз проявляется полиморфными воспалительными процессами во внутренних органах в виде бронхитов, мневманий, моикардитов. Часто встречается кандидомикоз пищевода вследствие распространения процесса со слизистой оболочки рта и зева. При поражениях желудка и кишечника наблюдается некроз слизистой оболочки, проникновение нитей гриба в глубь стенки и образование язвенныз дефектов с осложнениями. Характерно , что клиническая симптоматика висцерального кандидоза не имеет патогноматичных особенностей. Следует отметить, что в последние годы факторами, способствующими увеличению частоты висцеральных микозов, являются нерациональная антибиотикотерапия и лечение кортикостероидами и цитостатиками. Кандидоз, сопровождающийся эзофагитом, может выступать и как сопутствующая инфекция у больных синдромом приобретенного иммунодефицита.

Диагноз всех форм кандидоза решается на основании клинической симптоматики и данных лабораторных исследований - обнаружение в материале, взятом из очага поражения, дрожжеподобных грибов.

Лечение.

Общая терапия направлена на устранение нарушений со стороны эндокринной системы, желудочно-кишечного тракта, кроветворной системы. Отменяются антибиотики, стероидные препараты, назначаются поливитамины и диета. Из наружных средств при поверхностных формах кандидоза применяют 1-2% водные или спиртовые растворы анилиновых красителей, раствор фукарцина, левориновую, нистатиновую, декаминовую мази, клотримазол. При поражении слизистых оболочек рекомендуется полоскание раствором гидрокарбоната натрия и 5% буры, смазывание 10.% раствором буры в глицерине, карамель декамина. В упорных случаях и при генерализованных формах внутрь дают нистатин, леворин, вводят амфотерицин В.

Мероприятия по профилактике кандиомикозов зависят от эпидемиологических и патогенетических особенностей этих заболеваний. Большое значение придается женским консультациям по выявлению больных и санации. Должное внимание следует уделять широкой пропоганде знаний о кандидозах среди населения.

.6 Псориаз (чешуйчатый лишай)

Хроническое рецидивирующие заболевание кожи с мономорфными папулезными высыпаниями. Наблюдается у лиц обоего пола в любом возрасте. Распространенность этого заболевания очень высока - оно регистрируется у 2-5 % населения Земли.

Этиология и патогенез окончательно невыяснены . Считается, что чешуйчатый лишай обусловлен генетически. Одним из ведущих звеньев в его патогенезе являются иммунные нарушения. Возникновение псориаза и его обострения могут провацироваться стрептококковой, вирусной инфекцией и нервными расстройствами.

В ряде случаев заболевание возникает без какой-либо видимой причины. Течение псориаза у некоторых больных вначале острое, у других в течение нескольких лет имеются только единичные псориатические элементы на коже коленей и локтей. В типичных местах появляются папулы величиной от булавочной головки до монеты. Узелки розово-красного цвета покрыты рыхлосидящими серебристо-белыми чешуйками. При поскабливании элементов обнаруживаются характерные для псориаза симптомы стеоринового пятна , терминальной пленки, и кровяной росы. Увеличиваясь и сливаясь папулы образуют бляшки самых разнообразных очертаний и размеров, резко отграниченные от окружающей кожи.

У больных псориазом выделяют три стадии развития болезни: прогрессирующую, стационарную и регрессирующую.

Для прогрессирующей стадии характерны появление на неизмененной коже большого количества свежих элементов, тенденция к переферическому росту элементов и развитие псориатических папул на месте механической травмы.

В последнее время отмечается увеличение количества больных, жалующихся на зуд в этом периоде заболевания.

В стационарной стадии свежие элементы не появляются, зуд стихает, вокруг папул образуется бледная дипегментированная каемка.

В регрессирующей стадии псориатические бляшки уплощаются, шелушение уменьшается и элементы постепенно рассасываются, начиная с центральной части.

Наряду с изменениями кожи у 7% больных поражены ногти. Отмечается их помутнение, появление продольных и поперечных бороздок.

У детей и женщин часто наблюдается более сочная окраска элементов, чешуйки сменяются чешуйками-корками и течение процесса становится более острым.

Любая из описанных форм может трансформироваться в тотальное поражение, когда элементов не видно и поражена вся коже. Эта клиническая разновидность получила название псориотической эритродермией. Она протекает более тяжело и длительно, сопровождается чувством стягивания кожи, ознобом, общим недомаганием и лихорадкой.

Наблюдаются и другие клинические разновидности заболевания.

Разновидности псориаза: Обычный (вульгарный) ; Очаговый; Экссудативный; Артропатический; пустулезный; эритродермия.

Лечение и уход за больными.

Проблема терапии больных псориазом не разрешена до настоящего времени. При назначении лечения учитывают стадию и сезонную форму дерматоза, роль конкретных патогенетических факторов, морфологию и локализацию сыпи, общее состояние больного.

В начале заболевания лечебные мероприятия направлены на то, чтобы приостановить прогрессирование патологического процесса. В стационарной и регрессирующих стадиях лечение должно способствовать более быстрому обратному развитию псориатической сыпи. Это достигается общими методами лечения и средствами, используемыми для наружной терапии.

Для общей медикаментозной терапии примняют средства, влияющие на нервную систему: седативные, транквилизаторы, новокаин; обмен веществ: витамины, липотропные вещества; гипосенсебилизирующие: натрия тиосульфат; антигистаминные препараты, соединения кальция, повышающие сопротивляемость организма : витамины, биосульфаты.

Наружное лечение больных в прогрессирующей стадии псориаза заключается в назначении индифферентных и слабодействующих мазей: 2% борной и 2% салициловой мази. При псориазе в стационарной и регрессирующей стадиях применяют мази, способствующие рассасыванию инфильтрации и нормализации рогообразования: дегтярные и серные мази в концентрации 2-20%, 5-20% салициловая мазь, нафталин, мази антипсориатикум и псориазин.

При зимней форме псориаза значительное улучшение дают общее облучение УФЛ в субэритемных дозах.

В последнее время широкое распространение получила фотохимиотерапия зимней формы псориаза, т.е сочетанное воздействие длинноволновых УФЛ с фотосенсебилизирующими средствами - производными псоралена, которые больные принимают внутрь за 2 часа до облучения.

Для успешного лечения больные должны соблюдать правильный режим, предусматривающий сон, продолжительностью не менее 8 часов в сутки, ежедневное пребывание на воздухе не менее 1,5-2 часа, занятия физической культурой, исключение курения и употребления спиртных напитков.

Больный псориазом, особенно распространенной формой, зябнут, легко простужаются, поэтому они должны быть одеты соответствующим образом и находиться в помещении температурой 20-22 градуса по цельсию. Нательное и постельное белье следует менять не реже двух раз в неделю.

Одной из основных процедур при лечении псориаза являются общие теплые ванны 3-4 раза в неделю. Если нет возможности принимать ванну, можно ограничиться теплым душем. Следует пользоваться мягкой мочалкой. В период обострения заболевания гигиеническую ванну рекомендуют не чаще 1 раза в неделю без использования мочалки.

Мыло должно быть нейтральным, а струя воды при приему душа - не очень сильной. В летнее время ванны по возможности сменяют купаниями, лучше в морской воде.

Больным псориазом назначают диету с уменьшенным количеством продуктов, содержащих большое количество холестерина. Тучным больным рекомендуется проводить 1-2 раза в неделю разгрузочные дни.

Вывод:

В своей курсовой работе я обратил особое внимание на симптоматику, клиническое течение, лечение, профилактику и уход за больными микозами, пиодермиями, псориазом .

Эта работа может использоваться как демонстрационный материал на занятиях студентов.

Список литературы

1. Сестринское дело в дерматовенералогии Л.А. Хмыз