

МЕДИЧНИЙ КОЛЕДЖ « МОНАДА »

Методичні рекомендації

до практичного заняття

з дисципліни «Медсестринство в дерматології та венерології»

для спеціальності 223 Медсестринство

тема:

**« Медсестринський процес при піодерміях та паразитарних
хворобах шкіри »**

Львів 2016

Методичні рекомендації складено

Костів З.П., викладачем вищої кваліфікаційної категорії

Розглянуто і схвалено

на засіданні циклової комісії

Протокол № від 2016 р.

Голова циклової комісії.....І.В.Задорожна

Рецензент:

**к.мед.н., доц. кафедри дерматології та венерології
ЛНДУ ім.Данила Галицького С.В.Вольбин**

Практичне заняття №

Тема заняття: Медсестринський процес при мікозах.

Мета заняття: навчитися реалізовувати усі етапи медсестринського процесу при грибкових захворюваннях шкіри.

Матеріальне забезпечення: фотоматеріали, лупа, вата, бинт, шпатель, вощаний папір, пінцет, лоток, предметні скельця, алгоритми, взірці медикаментозних засобів, медична та медсестринська документація.

Конкретні цілі:

Знати:

- етіологію та епідеміологію мікозів;
- чинники, які сприяють їх рецидивуванню, класифікацію;
- принципи діагностики мікозів;
- принципи загальної та місцевої терапії;
- методи профілактики та принципи проведення санітарно-освітньої роботи;

Вміти:

- оцінювати клінічний перебіг мікозів;
- здійснювати усі етапи медсестринського процесу при мікозах;
- проводити профілактику мікозів;
- проводити дезінфекцію при мікозах.

ЗМІСТ ЗАНЯТТЯ

Мікози

Мікози — це грибкові ураження шкіри. Збудниками мікозів є патогенні гриби, які належать до класу нижчих рослин.

Факторами, які сприяють зараженню мікозами, є:

- недостатня щільність та компактність кератину в роговому шарі епідермісу;
- зсув рН захисної мантії шкіри в нейтральну або навіть лужну сторону;
- підвищена пітливість;
- перенесені інфекційні захворювання;
- наявність у пацієнта цукрового діабету;
- наявність у пацієнта нервових та / чи ендокринних захворювань;
- тривале лікування антибіотиками та / чи кортикостероїдами.

Серед мікозів розрізняють:

- кератомікози, при яких процес відбувається лише в роговому шарі епідермісу без виражених явищ і з малою контагіозністю ;
- дерматомікози (дерматофітії), при яких гриби паразитують в шкірі, уражують її додатки (волосся, нігті) і викликають різко виражені запальні явища ;
- кандидози шкіри, слизових оболонок та внутрішніх органів;
- глибокі мікози, які уражують шкіру, глибше розміщені тканини та генералізовано уражують внутрішні органи;
- псевдомікози: еритразма.

Кератомікози

Різнокольоровий (висівкоподібний) лишай - хронічний кератомікоз:



- первинний елемент: незапальна пляма жовто-рожевого або жовтувато-бурого кольору, округлої форми, різних розмірів;
- вторинний елемент: дрібні лусочки;
- при дії УФО колонії гриба гинуть, роговий шар відлущується, і на місцях ураження утворюються гіпохромні / депігментовані плями;
- типова локалізація: верхня частина спини та грудей, шия, плечі, волосяна частина голови (без ураження волосся);
- суб'єктивно — неінтенсивний свербіж / відсутність симптомів;
- клінічна діагностика: йодна проба Бальзера, симптом "стружки", люмінесцентна діагностика (червоно-буре / жовтувате свічення).

Дерматомікози

1. Епідермофітія - мікоз, який уражує епідерміс гладкої шкіри та нігті, без ураження волосся.

1.1. *Епідермофітія складок (пахова епідермофітія):*



- шляхи зараження: при користуванні спільними предметами (ванна, губки, рушники, термометри), статевим шляхом;
- частіше хворіють чоловіки;
- первинний елемент: червоно-коричневі плями округлої форми, які ростуть по периферії і набувають кільцеподібної або гирляндоподібної форми; по периферії - інфільтрат з поліморфними елементами (везикули, папули, пустули);
- вторинний елемент: пластинчаті лусочки на поверхні плям, кірки по периферії;
- типова локалізація: пахові, пахвинні складки, під молочними залозами у жінок, рідше — шкіра промежини, пупка, лобка, сідниць, підколінні ямки;
- суб'єктивно — інтенсивний свербіж;
- перебіг: спочатку гострий, а згодом - хронічний.

1.2. *Епідермофітія стоп* — "стопа атлета" — мікоз стоп, захворюваність на який досягає 60 — 70 % населення:

- групи ризику: шахтарі, спортсмени, солдати;
- шляхи передачі: непрямий (переважно в громадських банях);
- клінічні форми: сквамозна, гіперкератозна, інтертригіозна, дизгідротична, епідермофітія нігтів;



Клінічні симптоми за формами:

- а) сквамозна форма:
 - лущення на підошвах і в міжпальцевих проміжках стоп на тлі ніжно — рожевої шкіри, по периферії — нависаючі уривки епідермісу;
 - суб'єктивно — незначний свербіж;
- б) гіперкератозна: дифузні потовщення шкіри, вкриті лусочками і тріщинами, які супроводжуються болями в підошвах;
- в) інтертригіозна форма:
 - частіше уражує 3-й та 4-й міжпальцеві проміжки стоп (при розповсюдженні — усі міжпальцеві проміжки, подушечки пальців, тильну поверхню стоп);

- проявляється мацерацією епідермісу, незначною еритемою, везикуляцією, мокнуттям, тріщинами;
- суб'єктивно - свербіж, печія, біль;

г) дизгідротична форма:

- розвивається на шкірі підшов (особливо в ділянці підйому стопи) з переходом на бокові ділянки стоп і поверхню пальців;
- характеризується появою дрібних міхурців, які зливаються з утворенням міхурів з подальшим вкриттям темно-сірими кірками та лусочками / ерозуванням;
- суб'єктивно - інтенсивний свербіж;

д) епідермофітія нігтів:

- уражує лише пальці стоп (переважно великі пальці та мізинці);
- з'являються плями і смужки жовтого кольору, які поступово зливаються і розповсюджуються на всю нігтьову пластинку (нормотрофічне ураження), нігті потовщуються і деформуються (гіпертрофічне ураження), кришаться.

2. Руброфітія- мікоз, який уражує пушкове волосся, гладку шкіру та нігті:

- ❖ хворіють переважно дорослі пацієнти;
- ❖ шляхи зараження: при контакті з хворим і через предмети та одяг (в душових, лазнях, на пляжі);
- ❖ типова локалізація: шкіра долонь і підшов, міжпальцеві проміжки кистей та стоп (однакова частота ураження усіх проміжків !), пахові та міжсіднична складки;
- клінічні прояви: шкіра стає світло-рожевою, потовщується, вкривається дрібними висівкоподібними лусочками (особливо в місцях шкірного малюнка — "білі лінії"); у великих складках - дрібні еритематозні плями, вкриті папулами, схильні до периферійного росту та злиття; на підшвах та долонях - мукоподібне луцення; в міжпальцевих проміжках - мацерація;
- суб'єктивно-інтенсивний свербіж.



3. Трихофітія - мікоз, при якому уражується гладка шкіра, волосся та нігті, внаслідок чого виникає запальна реакція зі сторони глибоких шарів шкіри:

- ❖ хворіють переважно пацієнти дитячого віку;
- ❖ характерні алергійні висипання на віддалених від ураження ділянках— трихофітиди, поява яких супроводжується підвищенням температури тіла, головним болем, артралгіями;
- ❖ клінічні форми: поверхнева (викликається антропофільними грибами), глибока (викликається зоофільними грибами).

3.1. Поверхнева трихофітія:

- ❖ джерело зараження: хвора людина;
- ❖ шляхи зараження: безпосередній контакт з хворим / через речі домашнього вжитку (гребінці, хустки, шапки, рукавиці, ножиці, іграшки, книжки, щітки);
- ❖ клінічні форми: поверхнева трихофітія гладкої шкіри, поверхнева трихофітія волосистої частини голови, поверхнева трихофітія бороди і вусів у чоловіків;

Клінічні прояви за формами:

а) поверхнева трихофітія гладкої шкіри:

- локалізується переважно на відкритих ділянках тіла (обличчя, шия, верхні кінцівки);
- проявляється у вигляді одної / кількох рожевих плям, схильних до периферійного росту, вкритих висівкоподібним лущенням; краї плям гіперемовані, вкриті дрібними везикулами і серозними кірками;
- характерна інокуляція: плями ростуть по периферії, а в центрі з'являється нова пляма;
- суб'єктивно — скарги відсутні / незначний свербіж;



б) поверхнева трихофітія волосяної частини голови:

- спочатку з'являються еритематозні плями округлої / овальної форми, величиною у 2-копійкову монету, які збільшуються по периферії та вкриваються лусочками;
- волосся в ділянці ураження ламається на відстані 1-2 мм від поверхні шкіри / на рівні шкіри ("чорні крапки");
- суб'єктивно -скарги відсутні / неприємні відчуття;

в) поверхнева трихофітія бороди та вусів у чоловіків: утворюються валикоподібні ділянки ураження зі зламаними на рівні шкіри волосками ("чорні крапки").

3.2. *Глибока (інфільтративно-гнійна) трихофітія* – характеризується інтенсивними запальними явищами з утворенням пустул та некротичних мас:

- ❖ джерело зараження: велика рогата худоба;
- ❖ шляхи зараження: прямий контакт із хворою худобою, через предмети вжитку, одяг, солому, сіно, уражені грибами;
- ❖ суб'єктивно — інтенсивні болі в ділянках ураження, підвищення температури тіла;
- ❖ частий розвиток лімфаденіту та лімфангоїту;
- ❖ після глибокої трихофітії залишається пігментація і втягнуті фолікулярні рубці;

Клінічні прояви за формами:

а) глибока трихофітія гладкої шкіри: схильні до периферійного росту інфільтрати насичено-червоного кольору, вкриті фолікулярними пустулами, гнійними кірками, висівкоподібним лущенням;

б) глибока трихофітія волосяної частини голови, бороди та вусів — паразитарний сикоз:

- виникають глибокі вузлувато-фолікулярні абсцеси округлої форми, розміром до грецького горіха;
- позитивний "симптом медових сот" (керіон): при натисканні на абсцеси з волосяних фолікулів разом з волоском виділяються краплі медово-жовтого гною



в) трихофітія нігтів (20 - 50 % хворих):

- частіше уражаються пальці рук (одночасне ураження кількох нігтів);
- нігті втрачають блиск, стають тьманими та брудно-сірими, вкриті поперековими борознами, потовщуються, кришаться;
- вільні краї мають обкусаний вигляд;

г) хронічна трихофітія спостерігається переважно у жінок на тлі гіпофункції статевих залоз з переважним ураженням волосяної частини голови.

4. Мікроспорія - дерматомікоз, який уражує гладку шкіру та волосся, з розвитком запальної реакції зі сторони глибоких шарів шкіри:

- ❖ хворіють переважно діти;
- ❖ збудники: зоофільні та антропофільні гриби;
- ❖ джерело зараження: хворі діти, хворі тварини (коти, собаки);
- ❖ шляхи зараження: безпосередній контакт з хворими людьми / тваринами, через інфіковані предмети домашнього вжитку;
- ❖ клінічне підтвердження діагнозу: яскраво-зелене (смарагдове) свічення у променях лампи Вуда;

Клінічні прояви залежно від форми:

4.1. *Мікроспорія гладкої шкіри:*

- первинний елемент: рожеві плями округлої форми, чітко обмежені, діаметром 5-10 см, схильні до периферійного росту, на яких розташовані везикули;
- побліднення в центрі плями свідчить про регрес процесу;

- характерна інокуляція;
- вторинний елемент: дрібні лусочки, серозні кірки.



4.2. Мікроспорія волосяної частини голови:

- первинний елемент: 1 — 2 рожеві округлі плями значного розміру, з чіткими краями, дрібні міхурці;
- вторинний елемент: лусочки;
- волосся в ділянці ураження обламується на висоті 4-8 мм від рівня шкіри;
- навколо ділянок ураження внаслідок інокуляції утворюються відсіви: плями діаметром 1 — 1,5 см.



5. Фавус - хронічний мікоз шкіри, волосся, нігтів і внутрішніх органів:

- ❖ хворіють переважно діти та жінки;
- ❖ джерело зараження: хвора людина;

- ❖ шляхи зараження: прямий, непрямий;
- ❖ клінічне підтвердження діагнозу: сріблясто-сіре свічення у променях лампи Вуда.

5.1. Фавус волосяної частини голови:

Клінічні форми: скутулярна (типова), сквамозна й імпетигіозна (нетипові).

Клінічні прояви залежно від форми:

а) скутулярна форма:

- поява на тлі еритеми яскраво-жовтих щитків — скутул (чиста культура гриба) розміром від зерна проса до 2-копійкової монети, в центрі яких розміщується волосок;
- волосся на поверхні скуту стає тьмяним, легко виривається, але не ламається;
- на місці скуту залишається рубцева атрофія;

б) сквамозна форма:

- поява на волосяній частині голови ділянок, вкритих сухими сірими лусочками;
- волосся: як при скутулярній формі;

в) імпетигіозна форма:

- поява значної кількості пустул і масивних жовтих кірок, рубцева атрофія;
- волосся: як при скутулярній формі.



5.2. Фавус гладкої шкіри:

- на еритематозному тлі утворюються scuтили, які ростуть по периферії та досягають значних розмірів;
- можливий перебіг без scuту, але з лусочками (еритема- тозно-сквамозна форма);
- по периферії осередку ураження можуть виникати дрібні везикули;
- рубцева атрофія відсутня.

5.3. *Фавус нігтів:*

- уражуються переважно нігті пальців рук;
- з'являються жовті плями і смуги, які розширюються і захоплюють весь ніготь;
- ніготь потовщується, тускніє, стає брудно-жовтого кольору, легко кришиться;
- під нігтьовою пластинкою утворюються "ніші".

Лабораторна діагностика мікозів

Лабораторні діагностичні тести:

- 1) мікроскопічне дослідження;
- 2) бактеріологічне дослідження;
- 3) алергічні шкірні тести:
 - а) внутрішньошкірне введення екстрактів, одержаних з різних культур грибів;
 - б) тест Моро: в дрібно скарифіковану шкіру видимо неураженої ділянки втерти ланолін з екстрактом культури гриба;
- 4) серологічні реакції: виявлення специфічних антитіл в крові пацієнта;
- 5) щеплення тваринам: використовуються переважно для діагностики глибоких мікозів;
- 6) гістологічне дослідження.

Принципи лікування мікозів

1. *Загальна терапія:*

- застосування етіотропних протигрибкових засобів: орунгал, ламізил, нізорал, гризеофульвін;
- антигістамінні препарати;
- гепатопротектори.

2. *Місцева терапія:*

- при поверхневих трихомікозах: епіляція волосся за допомогою рентгенівського опромінення або пластирів (якщо не призначаються фунгістатичні засоби загальної дії);
- при глибоких мікозах волоссяної частини голови: очищення поверхні ураження від гнійних кірок шляхом накладання пов'язки з 2 % саліциловою кислотою / олією на кілька годин, пізніше — зігрівальний компрес з рідиною Бурова або Алібура, розчинами етакридину, резорцину, іхтіолу, після затихання гострих запальних явищ
- пов'язки з 10 — 15 % сірчано-дьюгтевою маззю, змазування фукорцином або аніліновими барвниками;
- при ураженні гладкої шкіри: протигрибкові мазі, змазування 5 % йодною настійкою, втирання вількінсонової або 10 % сірчано-дьюгтевої мазі;
- при локалізації процесу на долонях: відшарувати епідерміс за методом Арієвича, після чого змащувати місця ураження 2 % розчином йоду протягом 2 — 3 тижнів;
- при оніхомікозах: хірургічне усунення нігтя / накладання уреапласту чи мазі з йодидом калію (ланолін : калію йодид (1:1)) на 4 - 5 днів, після чого- змащувати 5 % розчином йоду, протигрибковими мазями.

ЗАВДАННЯ ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

Варіант А – при наявності тематичних пацієнтів: закріплення студентів за тематичними пацієнтами.

Завдання №1: Курація тематичних пацієнтів (виконання I та II етапів медсестринського

Варіант В – при відсутності тематичних пацієнтів: забезпечення студентів ситуаційними задачами (витягами з медичної карти стаціонарного пацієнта).

Виконання завдання для варіантів А і В

Завдання №1 Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при мікозах.

Завдання № 2 Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при мікозах.

Завдання №3 Здійснити V етап медсестринського процесу при мікозах.

ХІД ВИКОНАННЯ ПРАКТИЧНОЇ РОБОТИ

Завдання 1. Здійснити I та II етапи медсестринського процесу при мікозах.

- 1.1. Провести опитування пацієнта з грибковим захворюванням шкіри, акцентуючи увагу на відчуття, які супроводжують висипку, скарги зі сторони загального стану пацієнта та місце його роботи.
- 1.2. Провести медсестринське об'єктивне обстеження пацієнта, звертаючи особливу увагу на висипку, волосся та нігті пацієнта, загальну температуру тіла.
- 1.3. Описати осередок ураження.
- 1.4. Дати медсестринську оцінку стану пацієнта, визначити медсестринські діагнози.

Завдання 2. Здійснити III та IV етапи медсестринського процесу при мікозах.

- 2.1. Скласти план медсестринських втручань (III етап).
- 2.2. Відпрацювати техніку взяття біоматеріалу для подальших лабораторних досліджень.
- 2.3. Ознайомитися з правилами проведення люмінесцентної діагностики.

Люмінесцентну діагностику дерматозів слід проводити в затемненій кімнаті за допомогою лампи Вуда після адаптації медичного працівника до темноти.

- 2.4. Відпрацювати алгоритм ручної епіляції волосся.
- 2.5. Відпрацювати алгоритми підготовки осередків ураження до застосування зовнішньої терапії.

1) При локалізації патологічного процесу на долонях перед використанням місцевої терапії застосовують відшарування епідермісу за Арієвичем.

2) При оніхомікозі можливим є видалення уражених нігтів різними методами.

- 2.6. Розробити правила та умови виконання плану медсестринських втручань (IV етап).

Завдання 3. Здійснити V етап медсестринського процесу при мікозах.

3.1. Оцінити результат медсестринських втручань, передбачити можливі потреби в корекції.

3.3. Провести дезінфекцію об'єктів при дерматомікозах

3.4. Заповнити форму № 089 /о.

2.2 Алгоритм забору біоматеріалу для подальших лабораторних досліджень.

Біоматеріал для дослідження слід брати у гумових рукавичках з макроскопічно підозрілих місць ураження.

Біоматеріалом для мікроскопічної діагностики мікозів можуть служити лусочки, волоски, шматочки нігтьових пластинок, клаптики мацерованого епідермісу, ексудат, кірки. Лусочки рекомендується брати з країв ураження, волосся - обламане, яке втратило блиск або еластичність. При підозрі на оніхомікоз - біоматеріал слід брати з-під ураженого нігтя.

Взяття біоматеріалу з гладкої шкіри та з-під нігтів проводять шляхом зішкрябування гострою ложечкою / скальпелем. Волосся витягують пінцетом. Гній або серозний ексудат слід розвести краплею гліцерину для розчинення лейкоцитів.

2.4.1. Алгоритм ручної епіляції волосся

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.
2. При потребі — провести відшарування рогового шару епідермісу за Арієвичем (див. нижче).
3. Вимити голову пацієнта з милом.
4. Стерильним пінцетом захопити пеньки ураженого волосся та висмикувати волосся у напрямку його росту.
5. Провести епіляцію видимо неушкодженого волосся в радіусі 1-2 мм від країв ураження.
6. Обробити неушкоджену частину голови ватним тампоном, змоченим розчином етилового спирту.

2.4.2. Алгоритм епіляції волосся за допомогою пластирів

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.
2. Вистригти / поголити уражену ділянку волоссяної частини голови.
3. Накласти епіліновий пластир (епілін, вода, ланолін, бджолиний віск, свинцевий пластир) / талієвий пластир Лібермана.

При наявності на волоссяній частині голови гнійних кірок (при інфільтративно-гнійних формах) їх треба видалити за допомогою пов'язки з 2 % саліциловою олією, яку накладають на декілька годин (часом на 1 - 2 доби), а після того вже проводити епіляцію ураженого волосся.

2.5.1. Алгоритм відшарування епідермісу за методом Арієвича

1. Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.

2. Нанести на уражену ділянку мазь Арієвича (саліцилова кислота 12,0, молочна кислота 6,0, вазелін - до 100 мл).
3. Накласти на мазь компресну пов'язку на 48 год.
4. Нанести на шкіру 3 % саліцилову мазь.
5. Накласти компресну пов'язку на 24 год.
6. Зішкребти відшарований мацерований роговий шар епідермісу.

2.5.2. Алгоритм видалення уражених мікозом нігтів кератолітичним пластиром
Промити руки у проточній воді з милом, висушити рушником, вдягнути гумові рукавички.

1. Із застосуванням пластиру "Уреапласт":

- 1.1. Занурити уражені нігті у гарячу (39-40 °С) мильно- содову ванночку (3 ч. л. соди та 30 г мила на 1 л води).
- 1.2. Зішкребти скальпелем верхній шар пластинки нігтя.
- 1.3. Нанести на нігтьову пластинку пластирну масу товщиною 3-5 мм.
- 1.4. Зафіксувати лейкопластиром на 3 - 5 днів.
- 1.5. Видалити розм'якшену нігтьову пластинку скальпелем / лезом бритви / гострозубцями. Процедуру повторити 3-4 рази.
2. За методом Адріасяна:

- 2.1. Змішати оніхолізін (порошок, що містить 15 % баріюсульфат та тальк) з водою до утворення кашки.
- 2.2. У смужці лейкопластиру вирізати отвір, що відповідає розміру нігтя.
- 2.3. Прикласти лейкопластир до ураженого нігтя.
- 2.4. Нанести на нігтьову пластинку товстим шаром кашку оніхолізіна та зробити в ній ямку.
- 2.5. Кожні 2 — 3 хв капати у ямку піпеткою воду.
- 2.6. Через 30 — 40 хв змити кашку водою.
- 2.7. Зішкребти верхній шар нігтьової пластинки скальпелем /лезом / гострозубцями.
- 2.8. Повторити процедуру 2 — 3 рази.

3.3. Таблиця дезінфекції хлорантоїном при дерматомікозах

Об'єкт дезінфекції	Концентрація розчину, % (за препаратом)	Термін обробки, хв	Норма витрат	Спосіб застосування
Незабруднена виділеннями білизна (натільна, постільна)	0,1	30	4 л/кг	Замочування у розчині, прання
Забруднена виділеннями білизна	1	60	4 л/кг	Замочування у розчині, прання
Іграшки (усі,	3	60		Занурення у

крім м'яких)				розчин, проти- рання ганчір- кою, змоченою у розчині
Тверді меблі	3	60		Протирання ганчіркою, змоченою у розчині
Підлога, стіни, двері, рами вікон	3	60	200 мл/кв.м	Протирання ганчіркою, змоченою у розчині
Сантехніка (туалет, ванна, раковини)	3	60	500 мл/кв.м	Засипання сухого препа- рату з подаль- шим змиван- ням водою / зрошення

3.2. Таблиця проведення дезінфекції при виявленні мікозів

Об'єкти дезінфек- ції	Фізична дезінфекція	Розчин для хімічної дезінфекції	Концент- рація дезінфек- ційного розчину %	Кіль- кість препа- рату, мл	Трива- лість дії, хв
Білизна пацієнта (натільна, постільна)	Кип'ятіння протягом 15 хв(з моменту закипання) в мильно- содовому розчині\роз- чині прального порошку	Замочити у дезрозчині; кількість розчину: 4л на 1кг білизни 1. Лізол 2.Хлорамін 3.Хлорбетанафтл 4. Бензилфенол	5	50	30
			5	50	180
			1	30	60
			1	25	60
Взуття, шкіряні рукавички		Внутрішню поверхню протерти ватним тампоном, змоченим			

		дезрозчином: 1. Формалін 2. Оцтова кислота	25 40	620 400	120 120
Ванна, миска, мушля	Ретельно промити водою з мийним засобом	Залити дно ванни\миску дезрозчином: 1. Лізол 2. 10% розчин освітленого вапна 3. Хлорбетанафтол 4. Бензилфенол	5 5 1 1	50 500 30 25	30 120 30 30
Мочалки, губки, гребінці, ножиці	Кип'ятити 15хв з моменту закипання в 1% мильно- содовому розчині чи розчині прального порошку	Занурити у дезрозчин (як білизну)			
Меблі, поверхні приміщень	Мити горя- чою водою з додаванням мила\мийного засобу.М'які меблі:почи- стити порохо- тягом з наступним зnezараження збірника пилу дезрозчином (як білизну)	Мити розчином хлораміну, провітрити приміщення	5		60
Іграшки	Щодня мити теплою водою з милом\кип'я- тити(крім м'яких ігра- шок)	Занурити у дезрозчин (як білизну)			
Книжки	Обробити порохотягом\ протерти вологою ганчіркою				
Верхній	Пропрасувати				

одяг	гарячою праскою з внутрішньої сторони через вологу тканину\обробити порохотягом				
Ганчірки для прибирання	Кип'ятити 15хв з моменту закипання в 1% мильно-содовому розчині\розчині прального порошку	Замочити у дезрозчині (як білизну)			

3.3 Міністерство охорони здоров'я України

(Назва медичної установи)

Форма № 089/о.

ПОВІДОМЛЕННЯ

Про хворого з встановленим діагнозом активного туберкульозу, венеричної хвороби, трихофітії, мікроспорії, фавусу, раку чи іншого злоякісного новоутворення (складається на кожного хворого, який звернувся за медичною допомогою в цьому році)

1. Прізвище, ім'я, по батькові _____
2. Стать _____ 3. Вік ----- 4. Дата звернення
5. Адреса хворого _____ район _____
вулиця _____ буд. № _____ кв. № _____
6. Міський мешканець, сільський мешканець
7. Де працює, навчається
8. Посада _____ 9. Інвалід (так/ні)
10. Діагноз встановлений вперше в цьому році, у минулі роки (підкреслити)
11. Клінічний діагноз _____

12. Чи підтверджений діагноз лабораторними дослідженнями, рентгенологічними даними, даними біопсії чи ендоскопії; для хворих з туберкульозом вказати наявність мікобактерій туберкульозу

Підпис лікаря..... Прізвище.....

" " 20.....р.

Питання для самоконтролю:

1. У чому полягає симптом медових щільників (керіон - цельсі) при інфільтративно-гнійній трихофітії волосистої частини голови?
2. Який діагностичний тест, на Вашу думку, є вирішальним при диференціації поверхневої трихофітії від мікроспорії?
3. На які клінічні прояви слід звертати увагу з метою ранньої діагностики оніхомікозів?
4. Чому місцеву терапію різнокольорового лишая слід проводити і на шкірі волосистої частини голови?
5. Про які внутрішні патології можуть свідчити рецидивуючі кандидозні ураження слизових оболонок?
6. Чи є обов'язковим відшаровувати поверхню осередку ураження при оніхомікозах перед застосуванням місцевої терапії? Обґрунтуйте свою думку.
7. Чому при лікуванні кандидозу пацієнт повинен дотримуватися дієти виключенням вуглеводів?

Ситуаційні задачі:

1. Пацієнт О., 55 р., скаржиться на зміни нігтів, які не супроводжуються суб'єктивними відчуттями. При огляді пацієнта виявлено: нігті 2~5 пальців правої ноги потовщені, тьмяні, жовтуватого кольору, кришаться по краю. Які додаткові методи дослідження слід провести для встановлення діагнозу? Про яку патологію можна думати до отримання результату аналізу?
2. Пацієнт Л, 10 р., скаржиться на ураження шкіри голови. При огляді пацієнта на шкірі волосистої частини голови виявлені два вогнища обляманого на рівні 4 — 6 мм від рівня шкіри волосся, діаметром приблизно 3 см. Який дерматоз можна запідозрити у даного пацієнта?

Тестові питання:

1. У лікаря дерматолога лікується м/с з маніпуляційного кабінету з приводу міжпальцевого кандидозу. Контакт з якою речовиною є причиною кандидозу?

- А. Пральним порошком
- В. Дезрозчином
- С. Антибіотиками
- Д. Новокаїном
- Е. Гумою

2. М/с при огляді дітей в д/с виявила у хлопчика 4-х років вогнище облісіння на голові. Волосся в ділянці ураження облямане на однакову віддаль від поверхні шкіри. М/с подумала що це мікроспорія. Яка дія м/с?

- А. Дозволити відвідувати дитячий садок.
- В. Направити на консультацію до дерматолога
- С. Направити до хірурга
- Д. Направити до невропатолога
- Е. Направити до педіатра

3. У пацієнтки 17 років на шкірі плечей були виявлені плями світло-коричневого кольору. Зі слів пацієнта, висип супроводжується неінтенсивним свербіжем після фізичних навантажень, та зникає після перебування на сонці. Що повинна підготувати медсестра для реалізації плану медсестринських втручань для даного пацієнта з метою діагностики?

- A. Спиртовий розчин йоду, ватну кульку
- B. Предметне скельце, скальпель
- C. Предметне скельце, канцелярську гумку
- D. Пробірку, шприц з голкою, ватні кульки, спирт
- E. Мазь з калію йодидом, лейкопластир

5. З метою попередження виникнення рецидивів мікозу стоп потрібно провести профілактично:

- A. Дезінфекцію волосистої частини голови після відвідування лазні
- B. Протирецидивне лікування протигрибковими препаратами
- C. Дезінфекцію взуття, шкарпеток, панчох
- D. Протирецидивне лікування седитивними препаратами
- E. Поточну та заключну дезінфекцію

6. Першими заходами з реалізації плану м/с втручань у пацієнта з мікроспорією волосистої частини голови будуть такі маніпуляції:

- A. Миття голови, обстригання, гоління та ручна епіляція волосся у вогнищі ураження
- B. Змащування вогнищ ураження фунгіцидними засобами
- C. Забір матеріалу з вогнища ураження на мікроскопічне дослідження
- D. Миття голови та змазування вогнища протигрибковими кремами, мазями
- E. Забір матеріалу з вогнища ураження на бактеріологічне дослідження

7. Першими заходами з реалізації плану м/с втручань у пацієнта з дерматофітіями будуть такі маніпуляції:

- A. Забір калу на яйця глист
- B. Забір крові на біохімічні дослідження
- C. Зішкріб з вогнища ураження на наявність грибків
- D. Забір калу на наявність грибків
- E. Забір сечі на наявність грибків

8. Які найхарактерніші ознаки будуть виявлятися при медсестринському обстеженні пацієнта при фавусі (парша):

- A. Обламанням волосся на 2 см вище шкіри
- B. Скутулами і рубцями шкіри
- C. Відсутністю спор у волоссі

Д. Гніздовою плішивістю
Е. Утворенням міхурців

Домашнє завдання : « Медсестринський процес при дерматиті, екземі, професійних дерматозах».

Література

Основна:

1. Зайченко М.М., Зайченко Я.О. Шкірні та венеричні хвороби. - К: Здоров'я, 2005. - С. 47 - 55.
2. Кравченко В.Г. Шкірні та венеричні хвороби. - К.: Здоров'я, 1995.-С. 88- 102.
3. Новосад Л.С. Шкірні та венеричні хвороби. — К: Здоров'я, 2000. - С. 74 - 85.
4. Шегедин М.Б., Зайченко М.М., Зайченко Я.О. Медсестринство в дерматології і венерології. — К: Медицина, 2008. - С. 18 - 36.

Додаткова:

1. Савчак В., Галникіна С. Практична дерматологія: Навчальний посібник. - Тернопіль: Укрмедкнига, 1998. — С. 55 - 77.
2. Савчак В., Галникіна С. Хвороби шкіри. Хвороби, що передаються статевим шляхом. — Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. -С.85- 109.