

В течение первого семестра 2018/2019 учебного года мною как куратором одновременно проводились беседы, диспуты, лекции, информации в группе иностранных студентов 1-го курса ГрГМУ. Все это способствовало формированию коллективистских мотивов деятельности у иностранных студентов. Чтобы требования студентов друг к другу были справедливы, мною как куратором формировалось здоровое общественное мнение. Для этого знакомила иностранных студентов с различными представлениями, взглядами на отдельные вопросы, которые влияют

Выводы. Таким образом, для создания студенческого коллектива в работе куратора можно выделить такие необходимые качества как коммуникабельность, толерантность, доброжелательность, объективность, принципиальность, педагогический оптимизм, тактичность, наблюдательность, рефлексивность, внимание к личности студента, сотрудничество, педагогический такт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляев, А.В. Воспитание студентов в вузе / А.В. Беляев // Педагогика. – 2014. – № 5. – С.54 – 62.
2. Богомазов, А.Л. Студенческое самоуправление в современном университете: анализ и условия развития / А.П. Богомазов // Вестник БГУ. Серия 4, Филология. Журналистика, Педагогика. – 2014. – № 2. – С. 96 –101.
3. Зелеева, В.П. Совершенствование работы кураторов студенческих групп / В.П. Зелеева // Разработка модели системы воспитания в высшем учебном заведении: отчеты о науч.-исслед. работе. – Казань: Изд-во КГУ, 2000. – С. 20–26.
4. Шаипова, А.Я. Ролевая деятельность куратора студенческой группы / А.Я. Шаипова. – Казань: Бук, 2016. – 136 с.
5. Шенкнехт, Ю.И. Функции куратора студенческой группы / Ю.И. Шенкнехт. – М.: Инфра-М, 2015. – 129 с.

КОЛЬЦЕВИДНАЯ ГРАНУЛЁМА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РЕЦИДИВА ЛОКАЛИЗОВАННОЙ ФОРМЫ В ТЕЧЕНИЕ ОДНОГО ГОДА)

Свириденко В.И., Максимович Н. А.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Кольцевидная гранулёма (КГ, *granuloma annulare*) – приобретённое доброкачественное медленно прогрессирующее гранулёматозное заболевание неясной этиологии, со способностью к медленной спонтанной регрессии. Шифр по МКБ-10 – L92.0.

Может начинаться в любом возрасте, чаще развивается у детей (40% пациентов моложе 15 лет) и у лиц молодого возраста (70% пациентов моложе 30 лет). Соотношение заболеваемости женщины/мужчины – 2-2,5:1. Этиология и

патогенез заболевания изучены недостаточно, выделяют только предрасполагающие факторы. Жалоб и субъективных ощущений, кроме наличия высыпаний и обусловленного ними косметического дефекта, у пациентов заболевание не вызывает.

Общепринятой классификации заболевания не существует.

Клинические варианты КГ:

1. Локализованная форма – наиболее распространённый вариант течения заболевания, встречается преимущественно у детей и людей молодого возраста. Высыпания представлены четко отграниченными плоскими твердыми папулами цвета нормальной кожи или красного (фиолетового) цвета. Размер очагов 1-5 см. Излюбленная локализация – тыльная поверхность кистей и стоп, пальцы, нижние конечности, лодыжки, запястья.

2. Генерализованная (диссеминированная) форма наблюдается у пациентов старше 40 лет, реже – у детей моложе 10 лет, встречается в 8-15% случаев. Высыпания при этом варианте течения заболевания распространенные, симметричные, возможно поражение не только шеи, конечностей, туловища, но и лица, волосистой части головы, ладоней и подошв.

3. Подкожная форма встречается в основном у детей и характеризуется плотными узлами, локализованными глубоко в дерме и гиподерме. Поражается кожа конечностей (чаще всего передней поверхности голеней), ягодичной области, волосистой части головы, окологлазничной области, полового члена.

4. Перфорирующая форма встречается довольно редко и может быть как локализованной (дорсальная поверхность кистей и пальцев), так и распространенной (кожа туловища и конечностей). Проявляется мелкими поверхностными папулами с западением в центре или корочками, из которых возможно выделение кремообразной жидкости.

5. Бляшечная форма наблюдается у женщин и проявляется эритематозными, красно-коричневыми или фиолетовыми бляшками без кольцевидного ободка.

Диагноз КГ (особенно локализованной формы) устанавливается на основании характерной клинической картины, как правило, без дополнительных исследований. Большинство пациентов с КГ являются здоровыми людьми. При обследовании изменений лабораторных показателей не наблюдается. Исключение может представлять диссеминированная форма, при которой рекомендуется провести исследование на гликозилированный гемоглобин, ВИЧ, гепатиты, исключить системные заболевания, инфекции, новообразования.

Дифференциальная диагностика проводится с красным плоским лишаем, саркоидозом, грибковой инфекцией, псориазом, кольцевидной эритемой, многоформной эритемой, хронической мигрирующей эритемой, липоидным некробиозом, подострой красной волчанкой и др. Подтверждение диагноза с использованием биопсии для гистопатологического исследования применяется при атипичных формах заболевания и при генерализованной форме.

В настоящее время не существует полностью эффективного лечения,

оказывающего влияние на исход заболевания и предупреждающего рецидивы высыпаний [1].

Цель. На основе клинического случая показать важность дальнейшего изучения заболевания для выявления этиологических факторов и разработки эффективных методов профилактики и лечения.

Методы исследования. Обзор клинического случая.

Пациент *Д.*, 6 лет, в мае 2018 года поступил в 5-е отделение (кардиоревматологический, нефрологический, гематологический профиль) УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» с жалобами родителей на высыпания на тыльной поверхности правой стопы. Жалобы на наличие высыпаний появились в декабре 2016 года. Проходил лечение у дерматолога. Лечение не дало удовлетворительного результата.

При осмотре. На тыльной поверхности правой стопы в виде пигментированного пятна розово-фиолетового цвета размерами 4,5x4,5 см с истончённой кожей. Очаги гиперемии на щеках, предплечьях, голеньях. Слизистые оболочки свободны от высыпаний, периферические лимфатические узлы не увеличены.

Выставлен предварительный диагноз «кольцевидная гранулёма (очаговая склеродермия?). Аллергический дерматит?».

При обследовании:

В *общем, биохимическом анализах крови* показатели в пределах возрастной нормы.

В *общем анализе мочи* патологические изменения не выявлены.

Показатели *гемостазиограммы* в пределах нормы.

Рентгенография органов брюшной полости: на фоне брюшной полости не определяется инородное тело.

Ультразвуковое исследование:

- сердца – ФХЛЖ.

- органов брюшной полости – без патологии.

- органов мочевыделительной системы – без патологии.

Осмотр ЛОР-врача – Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов.

На основании анамнеза, клинической картины, результатов обследования выставлен диагноз «Кольцевидная гранулёма. Атопический дерматит, детская стадия, локализованная форма, лёгкое течение, неполная ремиссия. Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов. МАС: ФХЛЖ.

Получал: *местно* мазь псоридерм наполовину с детским кремом; *внутрь* фенкарол 0,01 2р/д.

Через 14 дней от момента поступления, с улучшением в удовлетворительном состоянии выписан домой.

Рецидив заболевания в декабре 2018 года. Пациент направлен на плановую госпитализацию в 5-е отделение УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» участковым педиатром с жалобами на множественные папулёзные

высыпания на тыльной поверхности правой стопы, расположенные в виде полукольца и группами, единичные высыпания на голеньях, бёдрах диаметром до 0,5 см.

При обследовании *лабораторные показатели* в пределах возрастной нормы.

Результаты ультразвукового исследования – без изменений.

Осмотр ЛОР-врача – Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов.

Получал: *местно* диклофенак гель 5%; *внутрь* фенкарол 0,01 2р/д.

На восьмые сутки от момента госпитализации отмечалось незначительное улучшение – уплощение, уменьшение интенсивности окраски высыпаний, расположенных на тыльной поверхности правой стопы. Однако появились новые высыпания на бедрах, ягодицах.

Выставлен предварительный диагноз «Кольцевидная гранулёма, локализованная форма. Гипертрофия миндалин с гипертрофией аденоидов. МАС: ФХЛЖ».

Результаты и их обсуждение. Результаты, полученные в ходе предыдущей и нынешней госпитализации пациента, позволяют подтвердить диагноз Кольцевидной гранулёмы. Однако наличие аллергического фона у пациента вызывает необходимость установления связи и возможного влияния данного фона на течение и развитие заболевания как нозологической единицы.

Выводы.

1. Необходимо дальнейшее лечение пациента для перевода заболевания в стадию ремиссии.

2. Важно установление возможного влияния аллергического фона на течение заболевания.

3. Необходимость изучения и установления возможного этиологического фактора заболевания, а также доведение полученных результатов до сведения врачей-педиатров участковых, которые могут столкнуться с данным заболеванием в своей повседневной практике.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пивень, Н.П. Кольцевидная гранулёма (клиническое наблюдение диссеминированной формы) / Н.П. Пивень, Е.А. Ломакина, Ж.Э. Берсенева – Журнал «Клиническая дерматология и венерология» №1 2014, Москва: Медиа Сфера.