

МИКОЗ ГЛАДКОЙ КОЖИ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Новоселецкая А.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Заболеваемость микозами по-прежнему остается актуальной проблемой человечества. Микозы – это большая группа заболеваний, которая вызывается патогенными грибами. Они могут поражать как кожу, слизистые, так и придатки кожи: волосы и ногтевые пластинки. Распространенность поверхностных микозов кожи, микозов ногтей, микозов стоп среди населения мира составляет 20–25%, что свидетельствует, что это одна из наиболее частых форм кожных инфекций.

Благоприятными для грибов являются влажные и теплые условия. Для проникновения грибов в кожу должно быть нарушение ее целостности: потертость, трещины, ссадины. Также развитию микозов способствует избыточная потливость, нарушение кровообращения при сосудистых заболеваниях конечностей. Фоновыми заболеваниями часто являются эндокринные, иммунные, генодерматозы, заболевания крови. Предрасполагающими факторами развития микозов являются применение антибиотиков, антисептиков, гормональных препаратов [1-4].

Цель. Представить клинический случай микоза гладкой кожи и сложности в его диагностике.

Методы исследования. Анализ жалоб, анамнеза, объективных, лабораторных данных.

Результаты и их обсуждение. Клинический случай: Пациентка Н., 52 лет, обратилась за медицинской помощью к дерматовенерологу с жалобами на наличие высыпаний на тыльной поверхности правой кисти и зуд в указанной области. Появление высыпаний она связывала с необходимостью длительно работать в медицинских перчатках и часто применять антисептик. Для исключения грибковой этиологии заболевания ей было проведено микроскопическое исследование соскоба чешуек с поверхности очага. Мицелий и споры гриба не были обнаружены. Данное состояние врачом было расценено, как аллергический дерматит и было назначено соответствующее лечение (антигистаминные препараты и наружно мазь, содержащая в своём составе кортикостероиды). Улучшения после проведенного лечения не отмечалось. Высыпания несколько изменились внешне, и увеличилось их количество. Отмечался рост очага.

Не получив удовлетворительного результата от проведенного обследования и лечения по месту жительства, пациентка была направлена с целью консультации на кафедру дерматовенерологии ГрГМУ. При обращении она предъявляла жалобы на зуд и высыпания на тыльной поверхности правой кисти. В результате первичного осмотра был выявлен эритематозно-папулезный очаг неправильной формы, размером около 7-8 см в диаметре. В очаге отмечались единичные чешуйко-корки (рис. 1).



С учетом того, что пациентке было проведено микроскопическое исследование соскоба по месту жительства и мицелий гриба не был обнаружен, ей был установлен диагноз: Экзема кистей? Микоз кистей? Кольцевидная гранулема? Рекомендована биопсия кожи для подтверждения диагноза.

При обращении в медицинский центр для проведения забора кожи на гистологическое исследование, при консультации были установлены следующие направительные диагнозы: Хроническая экзема кистей? Псориаз ладонно-подошвенный? Кольцевидная гранулема?

Повторно пациентка обратилась на кафедру дерматовенерологии ГрГМУ с результатами гистологического исследования. Получено заключение: материал скудный, гистологическая картина мало специфична. Наличие очагового паракератоза на фоне гипогранулёза в большей степени может указывать на псориаз. Необходимо проведение клинико-морфологической корреляции.

Данное заключение вызвало сомнения у консультанта, и пациентка была повторно направлена на микроскопическое исследование соскоба на мицелий гриба. Был получен положительный результат: в соскобе с тыльной поверхности правой кисти были обнаружены нити мицелия. В итоге пациентке установлен диагноз: микоз гладкой кожи.

Ей был назначен внутрь препарат итраконазол в дозе 100 мг 2 раза в сутки 7 дней и проведено два таких курса лечения с 3-х недельным перерывом. Также наружно применялся противогрибковый крем с частотой нанесения 2 раза в день в течение 2 недель. Уже после первого курса лечения пациентка отмечала значительное улучшение кожного процесса.

При осмотре через 2 недели после начала терапии отмечалась значительная положительная динамика в разрешении патологического процесса: очаг побледнел, большинство папул разрешились, присутствовали единичные вторичные пятнистые высыпания (рис 2).



Субъективно никаких нежелательных явлений при лечении пациентка не отмечала. Полностью процесс разрешился через 6 недель от начала лечения.

Выводы. Лечение микоза гладкой кожи, как правило, не вызывает больших трудностей. Однако они могут возникнуть на этапе диагностики заболевания, что и произошло в данном случае. При первом обращении пациентки к дерматовенерологу была выбрана правильная тактика, но получен ложноотрицательный результат микроскопического исследования. Это привело к неправильно установленному диагнозу и неправильно назначенному лечению, что в свою очередь вызвало ухудшение процесса и увеличило продолжительность заболевания. Данные гистологического исследования также не прояснили картину.

При диагностике грибковых заболеваний кожи большую роль играют квалификация лаборанта, который производит забор соскоба и делает микроскопическое исследование. Во избежание подобных ошибок необходимо помнить, что микроскопическое исследование не всегда позволяет установить правильно диагноз, в то время как культуральное исследование, позволяет установить не только природу, но и тип возбудителя. В описываемом нами случае продолжительность терапии не превысила 6 недель.

ЛИТЕРАТУРА

1. Панкратов, В. Г. Дерматомикозы (микозы кистей и стоп, онихомикозы, микозы крупных складок) в практической работе врача первичного звена / В. Г. Панкратов // Здоровоохранение. – 2013. – № 4. – С. 39-45.
2. Распространенность тяжелых и хронических микотических заболеваний в Российской Федерации по модели LIFE PROGRAM / Н. Н. Клишко [и др.] // Проблемы медицинской микологии. – 2014. – Т. 16, № 1. – С. 3-8.
3. Gupta, A. K. Update in antifungal therapy of dermatophytosis / A. K. Gupta, E. A. Cooper // Mycopathologia. – 2008. Vol. – 166. – P:353.

4. Havlickova, B. Epidemiological trends in skin mycoses worldwide / B. Havlickova, V. A. Czaika, M. Friedrich // *Mycoses*. – 2008. Sep; 51 Suppl 4. P. – 2-15.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА CASE-STUDY ПРИ ОБУЧЕНИИ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Новоселецкая А.И.

Гродненский государственный медицинский университет

Актуальность. Актуальность внедрения активных методик в практику преподавания в медицинском ВУЗе велика, так как традиционное обучение характеризуется «сухостью» и неэмоциональностью изложения, что является его недостатками. Для преодоления классического дефекта традиционного обучения мы решили использовать в преподавании метод case-study. Технология этого метода была разработана специалистами Школы бизнеса и Школы права Гарвардского университета (США) в 40–50-е годы XX века. Case-study (метод ситуационного анализа) – это технология обучения, в основе которой лежит анализ и решение обучающимися реальных, приближенных к жизни ситуаций [1]. В медицинской практике врач решает кейсы каждый раз, когда ставит пациенту диагноз и назначает лечение.

Цель. Внедрение активной методики обучения на кафедре дерматовенерологии, которая будет активизировать познавательную деятельность студентов, воспитывать активную личность, развивать клиническое мышление, способствовать организованности процесса обучения вокруг проблемы диагностики, лечения и профилактики вирусных заболеваний кожи.

Методы исследования. Для создания кейса по определенным правилам разрабатывается модель конкретной ситуации, произошедшей в реальной жизни, и отражается тот комплекс знаний и практических навыков, которые студентам нужно получить. Так как при сборе анамнеза врачом на практике пациент может сообщать лишнюю информацию, не касающуюся заболевания, или утаивать необходимые для постановки диагноза данные, то и в кейсе может быть аналогичная ситуация.

Преподаватель, при использовании методики case-study, выдает каждому студенту индивидуальный кейс, который содержит информацию о представленном случае, фото пациента и вопросы, на которые необходимо ответить. Для анализа случая и принятия решения по кейсу дается время. Затем студенты поочередно отвечают на вопросы своего кейса. При необходимости группа дополняет ответ. Таким образом происходит разбор каждого случая.

Способ оценивания: каждый студент в процессе принятия решения ставит предполагаемый диагноз, отвечает на поставленные в кейсе вопросы и предлагает тактику лечения пациента. Оценивается каждый правильный ответ,