

**Методические материалы для самостоятельной работы по теме:  
производственная (клиническая) практика по дерматовенерологии**

**0,7 недель. 36 часов.**

Освоение общепрофессиональных и специализированных навыков, в т.ч. с использованием симуляционных технологий.

**Мотивация темы:**

Симуляционные технологии при реализации производственной (клинической) практики в дерматовенерологии моделируют безопасные, контролируемые ситуации, повышают уровень мотивации врачей-ординаторов, развивают творческую составляющую обучающихся, формируют устойчивый интерес к последующей профессиональной деятельности.

Симуляционное обучение – это моделируемое болезни или ее отдельных симптомов, при котором обучающийся действует в имитированной обстановке и знает об этом.

В результате формируются навыки выполнения тех или иных манипуляций, уверенность в собственных силах, знаниях согласно отработанному алгоритму.

При этом главным является то, что необходимые практические навыки приобретаются без вреда здоровью пациента, при сохранении реалистичности моделируемых процессов.

Применение симуляционных технологий в последипломном образовании при реализации производственной (клинической) практики в дерматовенерологии позволяет повысить эффективность обучения практикующих врачей.

Цель: итоговая оценка уровня знаний по основам диагностики и лечению кожных и венерических заболеваний врачей-ординаторов дерматовенерологов.

Задачи:

Врач-ординатор - дерматовенеролог должен знать:

1. Методы диагностики дерматовенерологического больного
2. Принципы и методы лечения дерматовенерологического больного, включая рецептуру основных наружных лекарственных форм в дерматовенерологии.

Врач-ординатор - дерматовенеролог должен уметь: применить полученные знания и умения в диагностике и при лечении дерматовенерологических больных.

Врач-ординатор - дерматовенеролог владеть: навыками выписки и оформления основных рецептурных наружных лекарственных форм, уметь объяснить методику их применения у пациентов с кожной и венерической патологией.

## **Технология проведения симуляционных технологий при реализации производственной (клинической) практики в дерматовенерологии.**

Хронометраж процедуры проведения симуляционных технологий при реализации производственной (клинической) практики в дерматовенерологии (из расчета – 15 минут времени на ординатора)

8.00 – 11.00

В ходе реализации симуляционных технологий в производственной (клинической) практики в дерматовенерологии ординатору предлагается два вопроса: один из раздела: “Общепрофессиональные навыки\*”, второй – из раздела: “Специализированные навыки”, в том числе «выписка рецептов».

После предварительной 5 минутной подготовки врач-ординатор дерматовенеролог описывает и показывает технику выполнения собственно практических навыков, приемы используемые в процессе обследования, лечебных и диагностических манипуляций, объясняет, при каких заболеваниях они применяются.

Затем экзаменатор проверяет выписанный врачом-ординатором рецепт на лекарственное средство, будущий врач рассказывает, при каких заболеваниях данное лекарство используется, объясняет способ применения при тех или иных заболеваниях кожи или инфекциях, передаваемых половым путем.

11.00 – 11.20 Резюме.

Экзаменатор(ы) сообщает(ют) результаты оценки знаний обучающихся, проводится разбор ошибок, даются ответы на возникшие вопросы.

**Основные общепрофессиональные и специализированные навыки для использования в дерматовенерологии при реализации симуляционных технологий**

№ п/п	<b>Общепрофессиональные навыки*</b>
1.	Сбор жалоб, анамнеза.
2.	Проведение осмотра пациента, в том числе визуальный осмотр и пальпация кожных покровов, слизистых оболочек, осмотр шейки матки в зеркалах, проведение кольпоскопического и уретроскопического исследований.
3.	Формулирование предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных исследований.
4.	Получение биологического материала для лабораторных исследований.
5.	Определение комплекса лабораторных исследования для серологической диагностики сифилиса.
6.	Направление пациента на лабораторные и инструментальные исследования. Организация консультаций пациента врачами-специалистами при наличии медицинских показаний.

\* - описание в дистанционном курсе

**Специализированные навыки**

№ п/п	Название процедуры	Применение
1.	Воспроизведение «псориатической триады» - симптома Аустпица;	Для диагностики псориаза и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.
2.	Симптом Никольского П.В. и Асбо-Ганзена;  Исследование на клетки Тцанка;  Проба Ядассона	Для диагностики акантолитической пузырчатки и дифференциальной диагностики буллёзных дерматозов.

3.	<p>Методика обнаружения чесоточного клеща (зудня);</p> <p>Исследование чешуек, волос, ногтей на патогенные грибы;</p> <p>Проба Бальцера (йодная проба) приповерхностных микозах кожи</p>	Для диагностики заразных кожных и грибковых заболеваний
4.	Микроскопическое исследование при диагностике сифилиса.	Для диагностики сифилиса при наличии эффоресценций на коже и слизистых оболочках
5.	<p>Лабораторная диагностика гонореи и других ИППП;</p> <p>Бактериоскопия при ИППП.</p>	Для лабораторной диагностики ИППП
6.	<p>Выписка рецептов:</p> <p>1) 2% водный раствор борной кислоты для примочек;</p> <p>2) 33% серная мазь для лечения чесотки у взрослых;</p> <p>3) Цинковая паста;</p> <p>4) Водная «болтушка»</p> <p>5) 0,02% раствор фурациллина и 0,1% раствор риванола для примочек;</p> <p>6) 1% спиртовой раствор бриллиантового зеленого</p>	Для наружного лечения островоспалительных, подострых и хронических кожных процессов, паразитозов кожи.

### **1. Воспроизведение «псориатической триады» - симптома Ауспица;**

Применение: для диагностики псориаза и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

При поскабливании псориатических папул (бляшек) предметным стеклом отмечается последовательная триада патогномичных морфологических признаков: "феномен стеаринового пятна" - появление большого количества серебристо-белого цвета чешуек, при поскабливании папул. Гистологически – за счет гипер- и паракератоза эпидермиса. Это напоминает чешуйки, возникающие при поскабливании капли от стеариновой свечки; "феномен терминальной плёнки" - после полного удаления чешуек появляется

блестящая полупрозрачная плёнка; Гистологически – акантоза - истончения всех слоев эпидермиса, в первую очередь, слоя шиповатых клеток, за счет патологически ускоренного деления клеток эпидермиса по логике патогенеза болезни, "феномен точечного кровотечения или кровавой росы" (симптом Полотебнова или Ауспитца) - при дальнейшем покабливании плёнки на её поверхности проступают капельки крови вследствие разрушения компенсаторно увеличенных капилляров сосочкового слоя дермы (гистологически – папилломатоза).

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

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

## **2. Симптом Никольского П.В. и Асбо-Ганзена**

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

1. При потягивании пинцетом за обрывок покрывки пузыря происходит отслойка верхних слоёв эпидермиса в виде постепенно суживающейся ленты на видимо здоровой коже.
2. Трение пальцем (скользящее давление) по видимо здоровой коже, как между пузырями, так и в отдалении также довольно легко вызывает отторжение (сдвигание) верхних слоёв эпидермиса.

Примечание. Этот симптом встречается и при других заболеваниях кожи, при которых имеется акантолиз (хронической доброкачественной семейной

пузырчатке и т.д.), но вызывается он только в очаге поражения (краевой симптом Никольского).

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

Гистологическая основа обеих феноменов: патогистологический процесс, лежащий в основе пузырчатки – акантолиз – потеря связи между клетками эпидермиса в шиповатом слое кожи и слизистой, что приводит к появлению щелей и пузырей. Клетки, потерявшие связь между собой, называются акантолитическими.

### **Исследование на клетки Тцанка**

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

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

Техника выявления: кусочек стерильной ученической резинки плотно прижимают к дну свежей эрозии и переносят на предметное стекло. Обычно делают несколько отпечатков на 3-5 стеклах. Затем их высушивают на

воздухе, фиксируют и окрашивают по Романовскому-Гимзе (как обычные мазки крови).

Акантолитические клетки имеют размеры меньше обычных клеток, имеют очень крупное ядро интенсивно-фиолетового или фиолетово-синего цвета, занимающего почти всю клетку. В нем заметно два или больше светлых ядрышка. Цитоплазма клеток резко базофильна, вокруг ядра она светло-голубая, а по периферии синяя или темно-фиолетовая («ободок концентрации»). Нередко в клетке имеется несколько ядер. Резко выражен полиморфизм клеток и ядер. Акантолитические клетки могут быть единичными или множественными. Иногда встречаются так называемые «чудовищные клетки», отличающиеся гигантскими размерами, обилием ядер, и причудливыми формами. В начале заболевания акантолитические клетки обнаруживаются не в каждом препарате или вовсе не выявляются, в разгаре болезни их много и появляются «чудовищные» клетки.

### **Проба Ядассона**

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

Проба с йодистым калием (проба Ядассона) в двух модификациях: накожно и внутрь. На 1 см<sup>2</sup> видимо здоровой кожи, лучше предплечья, под компресс накладывают на 24 часа мазь с 50% йодида калия. Проба считается положительной, если на месте наложения возникает эритема, везикулы или папулы. При отрицательной пробе через 48 часов ее повторяют: теперь мазь наносится на пигментированный участок кожи на месте бывших высыпаний.

При отрицательном результате назначают внутрь 2-3 ст. ложки 3-5% раствора калия йодида. Проба считается положительной при появлении признаков обострения заболевания в виде новых пузырей на поверхности кожи туловища и конечностей.



### **3. Методика обнаружения чесоточного клеща**

Применение: для диагностики чесотки.

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

### **Исследование чешуек, волос, ногтей на патогенные грибы**

Применение: для диагностики дерматомикозов и дифференциальной диагностики сходных заболеваний.

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

Для экспресс-диагностики (в течение 1-30 минут) микозов используют быстро просветляющие составы. Так, соскобы с кожи, после обработки раствором едкой щелочи («КОН – калий-о-аш – тест»), или 10% раствором

дисульфида натрия в этаноле в соотношении 3:1 можно микроскопировать материал через 1 минуту, срезы ногтей - через 5 - 10 минут.

В основе микроскопии: при воздействии едкой щелочи растворяются клетки эпидермиса кожи, волос и ногтевых пластинок, а «стойкие» друзы и мицелий грибов фиксируются в препарате.

### **Проба Бальцера (йодная проба)**

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

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

### **4. Микроскопическое исследование при диагностике сифилиса.**

При первичном сифилисе на бледную трепонему исследуют отделяемое шанкров или пунктат регионарных лимфатических узлов; при вторичном сифилисе - материал из различных поражений кожи и слизистых оболочек.

Материал для исследования получают от больного до лечения непосредственно в лаборатории. Для получения материала поверхность язвы протирают ватой, смоченной стерильным изотоническим раствором хлорида натрия, затем дно язвы слегка раздражают стеклянной палочкой или платиновой петлей, предварительно прокаленной на огне и охлажденной. Для большего выделения тканевой жидкости пальцами в резиновой перчатке сдавливают плотное основание язвы.

Исследуемую тканевую жидкость палочкой или петлей вносят в каплю изотонического раствора хлорида натрия (0,9%) на предметном стекле, смешивают, накрывают предметным стеклом и исследуют в оптическом

микроскопе с темнопольным конденсором, объективом 40х, окуляром 7х, 10х, или 15х. в темнопольном микроскопе. Для этого конденсор микроскопа закрывают темной бумагой, и дают мощный направленный световой луч яркой электрической лампы справа или слева (для удобства работы лаборанта). Имеющиеся выявленные спирохеты «плавают» в темном поле зрения препарата, совершая известные 5 видов движений: поступательное, ротаторное, контрактильное, маятникообразное, вокруг своей оси.

Между линзой конденсора и предметным стеклом должна быть капля дистиллированной воды.

Пунктат из лимфатического узла получают в асептических условиях при помощи шприца с толстой иглой, содержащего несколько капель изотонического раствора хлорида натрия. Фиксируя иглу пальцами в лимфатическом узле, ее слегка раскачивают для разрушения окружающей ткани, вводят имеющийся в шприце изотонический раствор хлорида натрия, а затем отсасывают материал для исследования. Исследуют под микроскопом аналогичным образом.

## **5.Лабораторная диагностика гонореи и других ИППП**

### **Лабораторная диагностика гонореи**

Диагностика гонореи основывается на данных анамнеза, клинической картины, обнаружении возбудителя. Решающее значение имеют лабораторные методы исследования. При подозрении на наличие гонококковой инфекции наряду с общепринятыми данными исследуют отделяемое мочеиспускательного канала, парауретральных протоков, секрет предстательной железы, семенных пузырьков, желез и лакун мочеиспускательного канала, промывные воды прямой кишки.

По показаниям исследованию подвергаются соскобы и мазки конъюнктивы глаз, других слизистых оболочек, синовиальной оболочки, синовиальной

жидкости и др. В клинической практике для диагностики гонореи чаще применяют бактериоскопические и бактериологические методы.

*Для идентификации гонококков используют также реакции иммунофлюоресценции и коаггутинации с моно- и поликлональными антителами, иммуноферментный анализ и т.д. Наиболее результативные методы молекулярной биологии: полимеразная цепная реакция, ДНК-ДНК-зондовая гибридизация.*

### **Бактериоскопическое исследование**

Гонококки хорошо окрашиваются всеми основными анилиновыми красителями. Чаще всего используют 1% раствор эозина в 60-70° спирте и 1% водный раствор метиленового синего или окрашивают мазки по Граму.

При окраске метиленовым синим интенсивно окрашенные гонококки особенно хорошо видны на бледном фоне лейкоцитов и эпителиальных клеток, протоплазма которых бледно-голубого цвета, ядро — синего цвета. Эта окраска имеет лишь ориентировочное значение при микроскопической диагностике гонореи, поскольку все кокки окрашиваются в синий цвет.

**Окраска мазков по Граму:** метод основан на свойстве клеточной оболочки гонококка обесцвечиваться спиртом. Кокки, не относящиеся к роду *Нейссерий*, остаются окрашенными. Гонококки в мазке, окрашенном по Граму, ярко-розового цвета и выделяются на бледно-розовом фоне протоплазмы лейкоцитов. При остро протекающем процессе большое количество гонококков находится в лейкоцитах. В более поздних (хронических) стадиях болезни отделяемое становится скудным и в нем содержится меньше лейкоцитов, гонококки нередко обнаруживаются с трудом. Они могут находиться внутри эпителиальных клеток и простейших (трихомонад), сохраняя свою жизнедеятельность.

## **Лабораторная диагностика урогенитального хламидиоза**

Техника взятия материала: одним из самых ответственных этапов диагностики хламидиоза является забор материала. Оптимальными для персистенции *Ch. trachomatis* и его интенсивного размножения являются определенные участки цилиндрического эпителия мочеполовых путей (передняя уретра на глубине 2,5 - 4,0 см у мужчин). В отличие от принципа забора материала при других передающихся половым путем инфекций больному не следует рекомендовать длительную задержку мочеиспускания. Головку полового члена в области наружного отверстия уретры обрабатывают ватным тампоном, смоченным в изотоническом растворе хлорида натрия. При наличии отделяемого первую каплю свободно стекающих выделений, появляющуюся при надавливании на уретру, удаляют.

## **Лабораторная диагностика трихомониаза**

Существуют три основных метода выявления трихомонад:

1. Исследование неокрашенного свежего препарата. Для выявления характерных подвижных трихомонад уретральное отделяемое исследуют под микроскопом в капле изотонического раствора хлорида натрия.
2. Исследование окрашенного препарата. Изучают препараты, окрашенные 0,5 — 1 % водным раствором метиленового синего, по Граму и Романовскому-Гимзе. Для точной классификации трихомонад весьма существенное значение имеет обнаружение ядра, поскольку фрагменты цитоплазмы, кусочки слизи и отдельные элементы тканей могут окрашиваться одинаково с трихомонадами. В цитоплазме трихомонад могут наблюдаться красновато-коричневые гранулы, что способствует их обнаружению, однако только после идентификации ядер можно сделать заключение, что обнаружены именно эти микроорганизмы.

**Окраска мазков по Романовскому-Гимзе:** окрашивание ацидофильных образований в различные оттенки красного цвета. Базофильные – в цвета от пурпурного до синего. Мазки, фиксированные в метиловом спирте, окрашивают раствором (1 мл готовой краски+2 мл фосфатного буферного раствора+47 мл дистиллированной воды), ополаскивают в дистиллированной воде, высушивают при естественном высыхании на воздухе.

3. Культуральный метод. Для культивирования трихомонад используют печеночную среду с цистеином, пептином и мальтозой.

### **Лабораторная диагностика микоплазмоза и уреаплазмоза**

Основным лабораторным методом исследования для выявления возбудителя уреаплазменной инфекции является культивирование микроорганизмов на жидких и твердых питательных средах из отделяемого (соскоба) слизистых оболочек мочеполовых органов. Общепринятым для обнаружения *U. urealyticum* и *M. hominis* является бактериологический метод исследования. При этом для определения в клинических образцах уреаплазм наиболее простым является тест на уреазу (цветная проба) в жидкой среде с последующим культивированием на плотной среде и прямой тест - пятно на уреазу с индикатором - сульфатом марганца или посев на плотную среду, содержащую сульфат марганца.

Эти тесты основаны на свойстве уреаплазм расщеплять мочевины с образованием углекислого газа и аммиака, что приводит к изменению pH среды от кислой до щелочной, в результате чего меняется цвет индикатора от лимонно-желтого до зеленого и даже синего.

В последние годы для диагностики микоплазмоза используют метод иммунофлюоресценции, главным образом прямой (ПИФ), основанный на моноклональных антителах.

## Выписка рецептов:

1. Rp: Sol. Acidi borici 2% - 500,0

D.S. Наружное. Для примочек.

**Методика применения:** охлажденным водным раствором 2% борной кислоты смачивают в 4-6 слоев марлевую ткань, отжимают и накладывают на пораженный мокнущий участок кожи. Примочки меняют по мере высыхания через 5-15 минут по мере высыхания в течение 1-1,5 часов. Всю процедуру повторяют несколько раз в сутки. Применяется при островоспалительных процессах, сопровождающихся мокнутием, например при острой экземе.

2. Rp: Ung. Sulfurati 33% - 100,0

D.S. Наружное.

**Методика применения:** мазь серную 33% - ную втирают в кожу всего тела и конечностей заболевшего взрослого (20% серная мазь – для лечения детей старше 1 года, 5-10% серная мазь – для лечения новорожденного ребенка и ребенка до 1 года) на ночь в течение трех дней подряд. Обрабатываются все члены семьи, коллектива, в том числе, и не больные чесоткой, контактные, для предупреждения появления у них клеща. Баня, смена нательного и постельного белья.

3. Rp: Zinci oxydi

Amyli tritici aa 5,0

Vaselini 10,0

M.f. pasta.

D.S. Наружное. Цинковая паста.

Наносить на очаги два раза в день.

**Методика применения:** цинковая паста применяется при подостровоспалительных процессах, не сопровождающихся мокнутием, а имеющих в клинической картине преобладающие симптомы эритемы, шелушения и зуда. Применяется, например, при подострой экземе, дерматитах. Наносится на пораженные участки 2 раза в день, утром и вечером, в течение нескольких дней. Использованная в течение дня паста смывается с помощью тампона, смоченного растительным рафинированным маслом. После освобождения кожи от «старой» пасты, свежая порция наносится тонким слоем на пораженную поверхность кожи.

4. Rp: Zinci oxydi

Talci

Glycerini

Aq. destillatae aa 25,0

M.D.S. Наружное, перед применением тщательно взболтать.

**Методика применения:** взбалтываемая смесь, водная паста или «болтушка» применяется как при островоспалительных процессах (на ночь), так и при подостровоспалительных, имеющих в клинической картине преобладающие симптомы остаточных явлений мокнутия, эритемы, шелушения и зуда. Применяется, например, при острой и подострой экземе, дерматитах. Наносится на пораженные участки 1-2 раза в день, в течение нескольких дней. Использованная в течение дня водная паста смывается с помощью тампона, смоченного растительным рафинированным маслом. После освобождения кожи от «старой» водной пасты или «болтушки», свежая порция наносится тонким слоем на пораженную поверхность кожи.

5. Rp: Sol. Furacillini 0,02% 500,0

D.S. Наружное. Для примочек.

Rp: Sol. Aethacridini lactatis 0,1% 500,0



D.S. Наружное. Для примочек.

**Методика применения:** растворы фурациллина и риванола (этакридина лактата) могут быть использованы при лечении глубоких пиогенных процессов, инфильтративно-нагноительных (например, инфильтративно-нагноительной трихофитии), в качестве влажно-высыхающей повязки.

Применяется влажно-высыхающая повязка следующим образом: на пораженные участки кожи кладут марлю в 6-8 слоев, сверху – слой ваты и вощеную (пропитанную воском) бумагу, или пищевую пленку. Накладывают на 4-5 часов для осуществления дренажа из глубоких пустул, например, при гидроадените. Через 4-5 часов повязка снимается. Использованная в течение дня повязка снимается, смывается многократно с помощью тампона, смоченного этими же растворами. После освобождения кожи от «старой» повязки, накладывается «свежая» в течение нескольких дней вплоть до прекращения выделений из очага воспаления.

6. Rp: Viridis nitentis 1,0

Spiritus aethylici 70% 50,0

M.D.S. Наружное. Раствор бриллиантового зеленого.

Для обработки ран.

**Методика применения:** 1% раствор бриллиантовой зелени, как и 5% йодная настойка (5% Tincturae Iodi), как и 4% раствор перманганата калия (4% Kalii Permanganati) наносят наружно на поврежденную поверхность, не в рану, захватывая окружающие здоровые ткани.

Используется как профилактическое средство, предупреждающее распространение гнойничкового процесса, воспаления в поврежденных тканях. Избегать попадания раствора на слизистые оболочки. Применяется в течение нескольких дней нанесением на поврежденные участки кожи. При ветряной оспе, при герпесе – для туширования (прижигания с легким

надавливанием смоченной раствором ватной палочкой) эрозивных поверхностей, оптимально - после вскрытия пузырей и пузырьков. Назначение – предупреждение вторичного инфицирования поврежденной кожи стрепто-стафилококковой флорой.

### **Вопросы для самоконтроля:**

1. Какие три основные патогистологические процесса выявляются при воспроизведении «псориатической триады» - симптома Ауспица?
2. Расскажите суть методики обнаружения элементов гриба при микроскопическом исследовании?
3. Расскажите методику исследования на клетки Тцанка.
4. В чем суть микроскопического исследования на сифилис и какие виды движений спирохет Вы знаете?
5. Методика и суть окраски мазков по Граму при выявлении гонореи.
6. Расскажите методику применения влажно-высыхающей повязки

### **Источники:**

1. К58 Кожные и венерические болезни: учебник / под ред. О.Ю. Олисовой. – М.: Практическая медицина, 2015 с.: ил  
ISBN 978-5-9811-337-9
2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: В 3 т. / Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др.; пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2015. – с.: ил.  
ISBN 978-5-91839-012-2 (Издательство Памфилова)  
ISBN 978-5-9963-1112-5 (БИНОМ. Лаборатория знаний)  
ISBN 978-5-91839-011-5 (Издательство Памфилова)  
ISBN 978-5-9963-1115-6 (БИНОМ. Лаборатория знаний)