

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Сеченовский Университет)

Институт клинической медицины им. Н.В.Склифосовского

Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова

Методические материалы по дисциплине:

Дерматовенерология

основная профессиональная образовательная программа высшего образования -
программа специалитета

КОД Наименование ОП: 31.05.02 Педиатрия

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования**

**Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский Университет)**

**КАФЕДРА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
им В.А. РАХМАНОВА
Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского**

**Учебное пособие
Гнойничковые заболевания кожи**

Москва 2023

Составители:

Олисова О.Ю. — член-корр. РАН, д.м.н., профессор, зав. кафедрой кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Россия

Грабовская О.В. — к.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Россия

Смирнова Л.М. - к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Россия

Орлова Е.В. - к.м.н., доцент кафедры кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Россия

*Под. ред. О.Ю. Олисовой — член-корр. РАН, д.м.н., профессора,
зав. кафедрой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова*

**Гнойничковые заболевания кожи: учебное пособие для студентов,
обучающихся по специальности «Дерматовенерология» / [сост.:**

Олисова О.Ю., Грабовская О.В., Смирнова Л.М., Орлова Е.В.; под ред. О.Ю. Олисовой]; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). — Москва: Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2023. — с.

Рецензенты:

Заведующая кафедрой дерматовенерологии и косметологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента Российской Федерации, профессор, доктор медицинских наук **Круглова Лариса Сергеевна**

Доктор медицинских наук, профессор ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Шарова Наталья Михайловна**

Пиодермии (от греч. *pyon* – гной, *derma* – кожа) – это острые (реже хронические) гнойные воспаления кожи, её придатков и подкожной жировой клетчатки, вызываемые, чаще всего, стафилококками и стрептококками, реже – синегнойной палочкой, пневмококками, кишечной палочкой и др.

Пиодермии являются наиболее распространенными кожными заболеваниями во всех возрастных группах. На их долю приходится до 30–40% от всех кожных заболеваний. По-видимому, это обусловлено тем, что стафилококки, стрептококки часто обнаруживаются в окружающей человека среде (в воздухе, пыли помещений, а также на одежде, коже человека).

Пиодермии являются междисциплинарной проблемой, они встречаются в практике хирургов, терапевтов, педиатров, гинекологов. Заболевания кожи, связанные с деятельностью бактерий, как патогенных, так и условно-патогенных, характеризуются нозологическим многообразием. Инфекционный процесс при пиодермиях порой не ограничивается лишь локальным эффектом – развитием воспаления, а может оказать серьёзный урон общему состоянию организма (синдромы стафилококкового и стрептококкового токсического шока), приводит к возникновению заболеваний, протекающих без воспалительных явлений (точечный кератолизис), а также осложняет течение неинфекционных дерматозов.

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ПИОДЕРМИЙ

Возбудителями пиодермии являются стафилококки и стрептококки, относящиеся к грамположительной микробной флоре. Возникновение нагноения кожи под влиянием стафилококков и стрептококков объясняется воздействием на нее различных продуктов метаболизма, выделяемых пиогенными кокками в процессе их жизнедеятельности (экзотоксины, энтеротоксины, ферменты и др.).

На коже здорового человека постоянно находится множество микроорганизмов, количество которых зависит от:

- возраста человека;
- состояния потовых и сальных желез;
- условий труда и быта;
- соблюдения правил гигиены кожи;
- иммунологической реактивности организма.

Чаще всего пиодермии развиваются вследствие трансформации сапрофитирующих кокков в патогенные, в связи с чем подавляющее большинство гнойничковых поражений кожи не контагиозны.

Из всего многообразия стафилококков существенно значимыми являются золотистый (*Staphylococcus aureus*), эпидермальный (*Staphylococcus epidermidis*) и сапрофитный (*Staphylococcus saprophyticus*), при этом золотистый стафилококк считается наиболее патогенным, а сапрофитный и эпидермальный стафилококки относятся к представителям сапрофитной флоры. Стафилококки являются факультативными анаэробами и колонизируют эпидермис, особенно в устьях волосяных фолликулов, сальных и потовых желез. Стрептококки на коже

человека встречаются реже, чем стафилококки, и чаще они присутствуют на гладкой коже и приурочены к естественным отверстиям и складкам. Стрептококки являются облигатными аэробами, при этом эпидермальный (*Streptococcus epidermidis*) и сапрофитный (*Streptococcus saprophyticus*) стрептококки также являются резидентами обычной флоры, а бета-гемолитический (*Streptococcus haemolyticus-β*) – патогенным. Возникновение нагноения кожи под влиянием стафилококков и стрептококков объясняется воздействием на нее различных продуктов метаболизма, выделяемых пиогенными кокками в процессе их жизнедеятельности (экзотоксины, энтеротоксины, ферменты и др.).

Заражение кожи гноеродными кокками в подавляющем большинстве происходит экзогенным путем. Ни врожденного, ни приобретенного иммунитета против гноеродных кокков у человека нет, тем не менее, для развития пиодермий большое значение имеет ряд факторов, среди которых выделяют экзогенные и эндогенные.

Экзогенные факторы нарушают защитную барьерную функцию кожи. Существенную роль в снижении защитной функции кожи играют факторы: различные травмы кожи, в том числе микротравмы, загрязнение кожи, мацерация рогового слоя в результате воздействия влаги повышенной потливости, длительные охлаждение и перегревание организма. Одной из экзогенных причин, приводящих к развитию хронических пиодермий, является длительное применение кортикостероидных гормонов по поводу различных заболеваний общего характера.

Среди эндогенных чаще способствуют нарушения в макроорганизме, прежде всего хронические заболевания внутренних органов:

- эндокринопатии (сахарный диабет, гиперандрогения и др.);
- болезни пищеварительного тракта и печени;
- очаги фокальной инфекции;
- заболевания крови;
- нарушения витаминного баланса;
- тяжелые заболевания, приводящие к истощению, в том числе ВИЧ-инфекция.

Существенную роль отводят также функциональным нарушениям ЦНС и себорейному состоянию кожи. Последнее, вследствие увеличения количества кожного сала и изменения его химического состава, способствует снижению стерилизационных свойств кожи и активации гноеродных кокков.

Практически все перечисленные патологические изменения в макроорганизме обуславливают недостаточность иммунокомпетентной системы и способствуют развитию глубоких, хронических, рецидивирующих разновидностей пиодермий.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПИОДЕРМИЙ

В российской дерматологии общепризнанной является классификация пиодермий, предложенная Jadasson (1949) в модификации А.А. Каламкаряна (1954) и С.Т. Павлова (1957), согласно которой пиодермии в зависимости от возбудителя традиционно разделяют по этиологическому принципу –

стафилодермии и стрептодермии, а также смешанные – стрептостафилодермии (см. таблицу 1). По протеканию заболевания выделяют острые и хронические формы; по глубине поражения – поверхностные и глубокие, а по механизму возникновения – первичные и вторичные.

Клинические проявления гнойничковых болезней кожи разнообразны. Наиболее распространенными являются фолликулиты, вульгарный сикоз, фурункул, карбункул, гидраденит, импетиго, хроническая язвенная пиодермия. У грудных детей может развиваться эпидемическая пузырчатка новорожденных и др.

Пиодермия часто осложняет зудящие кожные заболевания (т.н. вторичная пиодермия), особенно чесотку, экзему, нейродермит, атопический дерматит. Нередко вторичная пиодермия наблюдается при пузырчатке, опоясывающем герпесе, микозах, язвенно-некротическом ангиите.

Таблица 1.

Классификация пиодермии

	Поверхностные		Глубокие
I. Стафилодермии			
1.	Остиофолликулит	1.	Фурункул, фурункулез
2.	Фолликулит поверхностный	2.	Карбункул
3.	Сикоз вульгарный	3.	Гидраденит
4.	Везикулопустулёз	4.	Абсцесс
5.	Эпидемическая пузырчатка новорожденных	5.	Псевдофурункулёз
6.	Дерматит эксфолиативный (болезнь Риттера)	6.	Пиогенная гранулёма
7.	Синдром обожжённой кожи		
8.	Синдром токсического шока (TSS) стафилококкового		
II. Стрептодермии			
1.	Импетиго стрептококковое:	1.	Целлюлит
	а) заеда стрептококковая	2.	Экзема вульгарная
	б) интертригинозное		
	в) буллезное		
	г) кольцевидное		
	д) сифилоподобное		
	г) поверхностный панариций		
2.	Сухая стрептодермия		
	а) простой лишай лица		

3.	Паронихия		
4.	Папуло-эрозивная стрептодермия		
5.	Рожа		
6.	Синдром стрептококкового токсического шока (STSS)		
7.	Стрептодермия острая диффузная		
III. Стрепто-стафилодермии			
1.	Импетиго вульгарное (смешанное)	1.	Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия
		2.	Шанкриформная пиодермия
		3.	Гангренозная пиодермия
		4.	Пиодермия вегетирующая Аллопо
		5.	Фолликулит склерозирующий затылка
			(<i>Acne keloidea</i>)
		6.	Фолликулит рубцующийся
		7.	Фолликулит и перифолликулит головы
			абсцедирующий Гофмана
		8.	Вегетирующий пиостоматит
		9.	Гангрена полового члена и мошонки

Стафилодермии обычно связаны с сально-волосяными фолликулами и потовыми железами (придатками кожи), т.к. вызываются грамположительным золотистым стафилококком (*Staphylococcus aureus*), который обитает преимущественно в устьях волосяных фолликулов. Именно стафилококки обуславливают формирование фолликулярных пустул, которые, как правило, имеют коническую форму. У новорожденных фолликулярный аппарат развит недостаточно, фолликулярной пустулы обычно не образуется, а возникает везикуло-буллёзный элемент с гнойным содержимым (эпидемическая пузырчатка).

Стрептодермии в основном вызываются β -гемолитическим стрептококком и характеризуются поверхностным поражением гладкой кожи, складок, в том числе крупных (подмышечных, субмаммарных, паховых), а также склонностью к периферическому росту очагов поражения. Придатки кожи (фолликулы волос, потовые железы) не поражаются.

Первичным морфологическим элементом при стрептодермиях является нефолликулярная пустула – фликтена, представляющая собой плоский пузырь диаметром 0,5–0,8 мм с вялой крышкой, гнойным содержимым и

воспалительным венчиком по периферии. При глубоких поражениях воспалительный инфильтрат в ее основании усиливается, и ткани подвергаются распаду с образованием язвы – эктимы. Во многих случаях наблюдается совместное действие этих двух возбудителей с формированием поражений типа вульгарного импетиго или хронической язвенной пиодермии.

КЛИНИКА ПИОДЕРМИЙ

СТАФИЛОДЕРМИИ

Остиофолликулит (*impetigo staphylogenes, impetigo Bockhart*) – воспаление устья волосяного фолликула как начальный элемент всех стафилодермий с поражением фолликулов.

Клиническая картина. Остиофолликулит представлен мелкой поверхностной конусовидной или полушаровидной пустулой 2–3 мм в диаметре с гнойной головкой, расположенной в устье волосяного фолликула, центр которой пронизан волоском. Вокруг пустулы имеется узкий венчик гиперемии. Процесс носит поверхностный характер. Через 3–4 дня гнойный экссудат ссыхается в желтовато-бурые корочки, которые разрешаются без следа. Остиофолликулиты могут быть единичными и множественными, не склонны к периферическому росту и слиянию, локализуются на лице, туловище, конечностях, особенно в местах, подвергающихся трению, расчесам, у мужчин – после бритья.

Фолликулит (*folliculitis*) – острое гнойное воспаление волосяного фолликула и, в зависимости от глубины поражения, может быть поверхностным и глубоким.

Клиническая картина. Поверхностный фолликулит начинается с остиофолликулита с последующим распространением процесса вглубь и представлен более крупной пустулой – 5–7 мм в диаметре, более широкой полоской гиперемии вокруг нее и глубиной поражения – до 2/3 волосяного фолликула. Пустула имеет конусовидную форму, плотную покрывку, в центре пронизана волосом; возможна слабая болезненность. После вскрытия пустул и отделения гноя субъективные ощущения исчезают.

Иногда при поверхностном фолликулите вначале вокруг волоса образуется слегка болезненная полушаровидная папула около 5 мм в диаметре, плотноватая на ощупь. Затем на ее вершечке образуется пустула, наполненная гнойным экссудатом, который довольно быстро ссыхается в желтоватую корочку. Процесс разрешается через 5–7 дней и на месте отпавших корочек остается вторичное гиперпигментированное пятно, которое вскоре полностью исчезает.

При глубоком фолликулите гнойное воспаление захватывает полностью волосяной фолликул, при этом пустула имеет размеры около 5 мм, сопровождается отеком, гиперемией, перифолликулярным воспалением и выраженной болезненностью и напоминает фурункул, однако от фурункула

глубокий фолликулит отличает отсутствие некротического стержня. Число фолликулитов может быть неодинаково. При большом количестве высыпаний могут возникать субфебрильная и фебрильная лихорадка, изменения крови (лейкоцитоз, ускоренная СОЭ). Глубокие фолликулиты могут явиться признаками сахарного диабета, иммунодефицитного состояния, анемии.

Сикоз вульгарный (син.: сикоз стафилококковый) (*sycosis vulgaris*, *sycosis staphylogenes*) – хроническое рецидивирующее гнойничковое воспаление волосяных фолликулов в области бороды и усов, реже других зон (брови, область лобка, подмышечные впадины и др.).

Патогенез. Развитию заболевания способствуют несоблюдение гигиенических правил, раздражение и инфицирование кожи при бритье, загрязнение кожи. Имеют также значение эндокринные нарушения, иммунодефицит, авитаминоз и очаги хронической инфекции (ринит, синусит, гайморит, хронический тонзиллит, кариесные зубы, зубные гранулемы).

Клиническая картина. Болеют, как правило, мужчины. Заболевание начинается с появления остиофолликулитов и небольших (с булавочную головку) воспаленных плотноватых, вначале рассеянных, фолликулярных узелков, на вершине которых быстро развиваются пустулы (фолликулиты), гнойное содержимое которых подсыхает в желто-бурые корочки, спаянные с волосом. Количество остиофолликулитов и фолликулитов нарастает, и они постепенно формируют за счет перифолликулярного воспаления сливные очаги багрово-красного цвета, с неровной бугристой поверхностью, покрытой пустулами и гнойными корками, иногда массивными. Волосы не выпадают, но легко выдергиваются. После разрешения процесса рубцы не образуются.

Возможно полное излечение при рациональной терапии, однако чаще процесс принимает вялое хроническое рецидивирующее течение. Общее состояние больного не страдает, но пораженная кожа придает ему неопрятный неухоженный вид. Нередко, несмотря на проводимую терапию, возникновение рецидивов негативно отражается на качестве жизни больного.

Диагноз стафилококкового сикоза в типичных случаях не вызывает затруднений и ставится на основании клинической картины.

Дифференциальный диагноз проводят с паразитарным сикозом (инфильтративно – нагноительной трихофитией) с помощью микроскопического и культурального исследования для выявления возбудителя паразитарного сикоза.

Пузырчатка эпидемическая новорожденных (*pemphigus neonatorum*) – контагиозная поверхностная стафилодермия, развивающаяся в первые дни жизни ребенка.

Эпидемиология и этиопатогенез. Патогенные стафилококки могут попадать на кожу новорожденного от медицинского персонала роддомов и рожениц через плохо обработанную пупочную ранку, развивается омфалит, и в дальнейшем наступает генерализация инфекции. Источником заражения могут быть роженицы и медперсонал роддомов. При плохом соблюдении

противоэпидемических мероприятий в родильных домах могут встречаться массовые случаи заболевания.

Клиническая картина. Заболевание начинается на 3–7 день жизни с появления на коже пузырей величиной от 0,5 до 1 см с вялой тонкой покрывкой беловатого цвета, незначительным количеством серозного экссудата и слабо выраженным воспалительным венчиком по периферии. Пузыри увеличиваются в размере, экссудат становится серозно-гнойным. Вскрываясь, пузыри обнажают эрозивные поверхности с фестончатыми краями, окруженные остатками их покрывок. Иногда пузыри ссыхаются в желтоватую корку, а по периферии вокруг корок образуются новые полостные элементы.

Высыпания локализуются в основном на коже туловища, волосистой части головы, в кожных складках (ладони и подошвы не поражаются). Первые пузыри возникают в основном в естественных складках, вокруг пупка, рта, затем распространяются на кожу туловища, волосистую часть головы (ладони и подошвы не поражаются). При неблагоприятном течении заболевания отмечается генерализация процесса с поражением большей части кожи новорожденного, сопровождающаяся повышением температуры тела до 38–39°C, нарушением общего состояния ребенка, плаксивостью, отказом от пищи, изменениями крови (лейкоцитоз со сдвигом формулы влево, увеличение СОЭ). Нередко развиваются осложнения в виде отита, пневмонии, сепсиса, диспепсии. В подобных случаях прогноз для жизни становится неблагоприятным. При благоприятном течении длительность заболевания составляет 2–4 недели.

Диагноз устанавливается на основании клинической картины, подкреплённой в сомнительных случаях бактериологическим исследованием.

Дифференциальный диагноз проводят с сифилитической пузырчаткой и врожденным буллезным эпидермолизом.

Фурункул, фурункулёз (*furunculus, furunculosis*)

Фурункул – глубокая стафилодермия, характеризующаяся гнойно-некротическим воспалением волосяного фолликула и окружающей подкожно-жировой ткани.

Х месяцев или лет, когда различные фурункулы находятся в разных стадиях развития и периодически появляются все новые элементы (фурункулез), что во многом определяется ослаблением иммунного статуса (дефект хемотаксиса нейтрофилов, гипогаммаглобулинемия, иммунодефицитное состояние в связи с тимомой, сахарным диабетом и др.). Нередко развитию фурункулеза способствуют различные кожные заболевания, сопровождающиеся зудом (экзема, чесотка и др.).

Клиническая картина фурункула характеризуется глубокой пустулой в виде болезненного узловатого инфильтрата диаметром 3–5 см и более ярко-красного цвета, который через несколько дней начинает флюктуировать в центральной части и конусовидно выпячиваться, формируя некротический стержень. Затем фурункул вскрывается с отделением большого количества гнойно-некротических масс, процесс заканчивается рубцеванием. Эволюция

фурункула в среднем занимает 2 недели. Общее состояние обычно не страдает при одиночных фурункулах; при множественных фурункулах и фурункулезе могут быть лихорадка, недомогание, головные боли, в крови – лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При локализации фурункулов на голове (особенно в зоне носа, щек) и шее возможно осложнение в виде менингита, тромбоза синусов, сепсиса.

Карбункул

Карбункул – гнойно-некротическое воспаление нескольких волосяных фолликулов с образованием сливного воспалительного инфильтрата, локализованного в дерме и подкожной клетчатке и нескольких гнойно-некротических стержней.

Пораженная кожа багрово-красного цвета, горячая на ощупь, отечно-инфильтрированная на обширном участке (например, задняя поверхность шеи). Общее состояние больного нарушено: лихорадка, недомогание, резкая боль в очаге поражения, головные боли. В крови отмечается лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Через несколько дней в очаге поражения появляются зоны флюктуации и карбункул вскрывается с образованием нескольких (в отличие от фурункула) гнойно-некротических стержней, в зоне которых после отделения гноя и некротических масс обнажается язвенная гнойная медленно заживающая (2–4 недели и более) поверхность. На месте карбункула остается грубый звездчатый рубец. Возможны осложнения: лимфангит, лимфаденит, менингит, сепсис.

Гидраденит

Гидраденит – гнойное воспаление апокриновых потовых желез, вызываемое стафилококками, проникающими в железы через их протоки, небольшие травмы кожи, возникающие нередко при бритье подмышечных впадин.

Гидраденит преимущественно наблюдается в молодом возрасте, когда апокриновые железы функционируют особенно активно. Поражение локализуется чаще в подмышечных впадинах, что связано с основной локализацией апокриновых потовых желез, реже в области половых органов и заднего прохода.

Клиническая картина. Процесс начинается с одного или нескольких болезненных плотных узелковых инфильтратов в толще кожи и подкожной клетчатки, постепенно увеличивающихся до 1–2 см в диаметре, спаивающихся с кожей, которая приобретает красный, а затем багрово-синюшный цвет. Постепенно инфильтрат приобретает коническую форму («сучье вымя»), в центре его появляется флюктуация (за счет формирования абсцесса), и через образовавшееся свищевое отверстие выделяется сливкообразный гной. Процесс длится в среднем 2 недели, заканчиваясь рубцеванием. Часто возникают рецидивы. Общее состояние больного изменяется мало, возможно повышение температуры тела, слабость, в анализах крови – лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. При сниженном иммунитете, гиповитаминозе процесс может принять

хроническое рецидивирующее течение, образуя целые конгломераты воспалительных узлов в разных стадиях развития.

Диагноз основывается на клинической картине.

Дифференциальный диагноз проводят с лимфаденитом, при котором увеличенный болезненный лимфатический узел пальпируется более глубоко в подкожной клетчатке, колликативным туберкулезом, протекающим с неострыми воспалительными явлениями, поражающим лимфатические узлы (чаще шеи), при вскрытии узлов выделяется небольшое количество гноя.

Абсцесс

Абсцесс – ограниченное гнойное воспаление кожи, подкожной клетчатки, мышц, нередко сопровождающееся некрозом. Характеризуется тем, что сначала появляется болезненное уплотнение кожи, затем формируется узел с последующим образованием в центре элемента полости, заполненной гноем. Для сформировавшегося абсцесса характерным признаком является флюктуация при пальпации кожи.

Гранулёма пиогенная

Синонимы: ботриомикомма, гранулёма пиококковая

Характеризуется появлением на месте травмы единичного узла красного или синюшно-красного цвета. Процесс локализуется обычно на коже **пальцев** кистей, стоп, иногда на переходной складке губ. При травме гранулёма кровоточит или некротизируется, появляются язвы. В очагах поражения обнаруживают стафилококки или полимикробную ассоциацию.

СТРЕПТОДЕРМИИ

Импетиго

Импетиго (синонимы: импетиго Тильбери Фокса, импетиго Фокса) – контагиозное заболевание кожи, вызываемое стрептококками и стафилококками, характеризующееся образованием фликтен – нефолликулярных пустул типа плоских пузырей с дряблой покрывкой и воспалительным венчиком.

Развитию импетиго способствуют микротравмы, несоблюдение гигиены кожи, ослабление иммунитета; импетиго может осложнить различные дерматозы (экзема, дерматит, чесотка), сопровождающиеся зудом, особенно у детей.

Различают стрептококковое и стрепто-стафилококковое (вульгарное) импетиго.

Стрептококковое импетиго чаще встречается у детей и молодых женщин, характеризуется появлением дряблых, легко вскрывающихся фликтен с тонкой покрывкой и мутноватым содержимым, диаметром от 2 до 10 мм. На месте вскрывшихся фликтен видны сочные ярко-розовые эрозии, отделяемое фликтен может ссыхаться в светло-желтые тонкие корочки, отпадающие через 3–7 дней,

после чего остается свежий заэпителизированный розовый участок кожи или очаг временной депигментации.

К разновидностям стрептококкового импетиго относят **интертригенозное импетиго**, локализующееся в кожных складках и возникающее в результате трения кожных покровов и мацерации рогового слоя из-за интенсивной потливости, при этом фликтены быстро вскрываются с образованием сливных эрозий и трещин в глубине складки; **стрептококковая заеда** – болезненная щелевидная эрозия в углах рта, с нависающим белесоватым венчиком отслоившегося эпителия, ободком гиперемии и инфильтрации, отличающаяся контагиозностью и хроническим, рецидивирующим течением; **буллезное импетиго**, развивающееся на кистях, стопах, голенях в виде крупных пузырей с напряжённой покрывкой; **кольцевидное импетиго**, образующееся при выраженном центробежном росте очага, когда в центре кожа уже эпителизируется, а вокруг сохраняются фликтены; **сифилоподобное импетиго**, локализующееся в области гениталий, ягодиц и напоминающее сифилитические папулы, а также **поверхностный панариций**, или **околоногтевое импетиго** – гнойное воспаление задних валиков ногтей, при котором кожа валика ногтя сначала краснеет, становится отёчной и болезненной, затем на ней образуется пузырь с прозрачным содержимым. Пузырь превращается в пустулу с напряжённой покрывкой, которая может занимать часть воспалённого валика ногтя, иногда охватывая ноготь с трёх сторон в виде подковы, окружённой гиперемией. Из-под валика ногтя периодически выделяется капля гноя. Ногтевая пластинка становится деформированной, тусклой.

Кроме кожи, стрептококковое импетиго может поражать красную кайму губ, слизистые оболочки рта, полости носа, бронхов, глаз.

Диагноз импетиго устанавливают на основе клинической картины, подтвержденной в сомнительных случаях бактериологическим исследованием. Дифференциальный диагноз проводят с микробной экземой, пузырчаткой, кандидозными поражениями кожных складок, ногтевых валиков.

Сухая стрептодермия (простой лишай)

Поверхностная стрептодермия, проявляющаяся образованием розоватых шелушащихся округлых пятен различных размеров, оставляющих после себя временную депигментацию, локализующихся на коже спины, ягодиц, конечностей и особенно часто на лице, где получила название «простой лишай лица», расценивающийся как атипичный безфликтенный вариант стрептококкового импетиго.

Болеют чаще мальчики 7–10 лет, отмечается контагиозность. На коже лица (реже в других зонах) появляются слабо-розового цвета округлые, покрываемые мелкопластинчатыми (муковидными) чешуйками пятна (одно или несколько), постепенно достигающие 3–4 см в диаметре, субъективно не беспокоящие больного. Под воздействием инсоляции высыпания исчезают, оставляя после себя временную гипопигментацию (псевдолейкодерму).

Диагноз ставится на основании клинической картины; дифференциальный диагноз проводится с грибковым поражением кожи с помощью исследования на патогенные грибы.

Паронихия поверхностная

Паронихия поверхностная – поражение ногтевого валика, встречающееся как у детей, так и у взрослых. Развитию заболевания способствует нарушение целостности эпидермиса при обкусывании ногтей, отрывании заусенцев. Кожа валика ногтя сначала краснеет, становится отёчной и болезненной, затем на ней образуется пузырь с прозрачным содержимым. Пузырь превращается в пустулу с напряжённой крышкой, которая может занимать часть воспалённого валика ногтя, иногда охватывая ноготь с трёх сторон в виде подковы, окружённой гиперемией.

При хроническом течении кожа валика синюшно-розового цвета, инфильтрирована, по периферии расположена бахромка отслаивающегося эпидермиса. Из-под валика ногтя периодически выделяются капли гноя. Ногтевая пластинка становится деформированной, тусклой.

Папуло-эрозивная стрептодермия

Характерна для детей грудного возраста. Локализуется на коже ягодиц, задней и внутренней поверхности бёдер, в области промежности, мошонки. Кожный процесс представлен плотными папулами синюшно-красного цвета, окружённых воспалительным валиком. На поверхности папул могут возникать фликтены, вскрывающиеся с образованием эрозий. Эрозия по своим размерам меньше, чем папула, кожа вокруг неё гиперемирована и инфильтрирована. Предрасполагающие факторы развития этого заболевания – раздражающее воздействие мочи, моющих средств, памперсов.

Рожа

Рожа – это характерная форма поверхностного целлюлита кожи с выраженным поражением лимфатической ткани. Обычно возникает у лиц старшего возраста (после 50 лет) на фоне гипостатических явлений (варикозное расширение вен, лимфостаз и др.). Возможны продромальные явления (недомогание, головная боль и др.), затем температура тела повышается до 38–40°C, в зоне поражения возникает чувство распирания, жжения, боль. На коже возникает покраснение, которое в течение нескольких часов превращается в яркую эритему с отеком и инфильтрацией кожи и подкожной жировой клетчатки с четкими неровными границами («языками пламени»). Пораженная кожа напряжена, горячая на ощупь, на фоне эритемы могут возникнуть пузыри, нередко с геморрагическим содержимым, красные болезненные тяжёлые лимфангиты могут идти к регионарным лимфатическим узлам. Иногда на фоне эритемы возникают пузыри, а при распространении инфекции вглубь возникает целлюлит, подкожные абсцессы, некротизирующий фасциит. В крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, токсическая

зернистость лейкоцитов, повышенная СОЭ. Период реконвалесценции начинается обычно на 8–15-й день болезни. У ряда больных в коже и регионарных лимфатических узлах формируется очаг хронической стрептококковой инфекции, что приводит к рецидивирующему течению заболевания и последующему развитию фиброза с утолщением кожи нижних конечностей, лимфостаза и elephantiasis (слоновости). К осложнениям рожи относят развитие некрозов (при буллезно-геморрагической форме), абсцессов, флегмон, флебита, сепсиса, отита, мастоидита, гнойного менингита (при роже лица, шеи).

Заболевание вызывают стрептококки группы А, золотистый стафилококк, пневмококки, а стрептококк группы В – рожу у новорожденных. Рожа встречается преимущественно у детей грудного и дошкольного возраста, а также у пожилых людей. У новорожденных рожа может развиваться вследствие инфицирования пупка и аногенитальной области. Локализация у детей – щеки, периорбитальная область, голова, шея, конечности. Входными воротами возбудителей инфекции являются микротравмы, потёртости, экзематозные очаги, грибковая инфекция. Развитию заболевания способствует венозная недостаточность, сахарный диабет, мастэктомия и др.

Экзема

Глубокое стрептококковое поражение кожи, которое в развитом виде представляет собой язвенный дефект с круто возвышающимися краями, гнойным мягким дном и валом воспалительного болезненного инфильтрата.

Клиническая картина. Вначале на коже голеней, реже бедер и туловища появляется фликтена с гнойным или гнойно-геморрагическим содержимым крупных размеров или эпидермальная пустула с яркой воспалительной каемкой по периферии и инфильтратом в основании. Достаточно быстро за счет некротизации на месте первичного элемента развивается глубокая язва. Язва покрывается плотной слоистой коричневатой коркой из сохшегося гнойного экссудата. Иногда эта корка особенно сильно выражена, резко приподнимается над окружающей кожей (рупия), а при ее отторжении обнаруживается глубокая язва с приподнятыми краями и мягким дном, заполненным некротическими массами грязно-серого цвета. Кожа вокруг язвы ярко гиперемирована, величина достигает нескольких сантиметров, границы нечеткие. Вульгарная экзема разрешается в течение 15–30 дней с формированием рубцовой ткани.

Глубина эктимы может быть различной; известны случаи проникающих эктим, разрушающих мягкие ткани до костей (прободающая экзема). В этих случаях, как правило, выявляется микстинфекция, в которой, помимо стрептококков, участвуют (позднее присоединяющиеся) стафилококки, псевдомоназная флора. Последняя нередко обуславливает некротический компонент процесса (экзема некротическая, син. молниеносная). Наиболее частая локализация эктим – кожа голеней, обычно элементы эктимы единичны (описано не более 10 элементов). Реже эктимы локализуются на ягодицах, бедрах, туловище. В развитии некротической (гангренозной) эктимы участвуют иммунокомплексные реакции,

развивающиеся на инфекционные антигены и поражающие сосуды дермы, что становится одним из ведущих компонентов патогенеза, в связи, с чем некоторые ее относят к ангиитам кожи. Вульгарная эктима в течение 2–4 недели подвергается рубцеванию. Течение гангренозной эктимы более длительное.

Диагноз основывается на клинической картине. Дифференциальный диагноз проводят с сифилитическими эктимами, которые не имеют выраженного островоспалительного компонента; серологические реакции на сифилис и исследование на бледную трепонему положительны.

Целлюлит

Целлюлит – глубокое воспалительное поражение кожи и подкожной клетчатки, характеризующееся эритемой, отеком тканей и болью. Целлюлит обычно вызывается стрептококками группы А и присоединившимся золотистым стафилококком.

Целлюлит развивается вокруг раневых поверхностей, язв или на непораженной коже (рожа). Рецидивирующее течение целлюлита нередко обусловлено нарушениями венозной и лимфатической системы. Нередко травматические или хирургические вмешательства в лимфатическую систему обуславливают первые проявления целлюлита.

Ряд заболеваний у взрослых могут способствовать развитию целлюлита (сахарный диабет, злокачественные болезни крови, иммунодефицитные состояния и др.). Целлюлиту нижних конечностей способствуют гипостатические процессы, а также микозы стоп, так как нарушается барьерная функция кожи и через поврежденную микозом кожу легче проникает пиококковая флора. Нередки случаи развития целлюлита после венэктомии *V.safena magna*. Целлюлит конечностей чаще вызывается β -гемолитическим стрептококком.

Клиническая картина характеризуется разлитой островоспалительной эритемой, плотной, горячей и болезненной при пальпации, края которой размыты, размеры ее могут быть разными: малыми (локализованными) – целлюлит пальца и обширными, захватывающими все плечо или ягодицу – целлюлит послеинъекционный. Участки поражения растут быстро, становясь бляшкоподобными, отечными, сопровождаясь лихорадкой. На их поверхности могут образоваться пузыри или фликтены. Менее остро и более медленно развивается целлюлит вокруг язв, обычно без лихорадочного компонента.

Диагноз целлюлита основывается на клинических признаках и лабораторных данных. При развитии процесса на нижних конечностях обычно есть входные ворота для инфекции в виде язвы, эрозии, ссадины, глубокой трещины. Бактериологическое уточнение диагноза возможно при аспирационной пункции очага в точке наибольшего воспаления с выделением культуры возбудителя в 45% случаях.

СТРЕПТО-СТАФИЛОДЕРМИИ

Импетиго стрептостафилококковое (вульгарное, смешанное)

Одна из самых часто встречающихся форм импетиго. Основная локализация импетиго – кожа лица, открытые участки конечностей. Стрептостафилококковое импетиго отличается гнойным желтоватым густым содержимым фликтен, склонным ссыхаться в толстые желтовато-зеленые корки, под которыми выявляется влажная эрозивная поверхность.

Вульгарное импетиго отличается особой контагиозностью, особенно у детей, и склонностью к быстрому распространению. В тяжелых случаях у детей возможно осложнение в виде острого нефрита. В детских коллективах оно может принять характер эпидемической вспышки. Вульгарное импетиго встречается и у взрослых, иногда как самостоятельное заболевание, иногда как осложнение после чесотки, вшивости и других зудящих дерматозов.

Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия

Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия – смешанная стрепто-стафилококковая хроническая форма глубокой пиодермии.

Развитию заболевания способствуют тяжелые иммунодефицитные состояния, связанные с сопутствующими заболеваниями, интоксикации (язвенный колит, злокачественные опухоли внутренних органов, лимфомы, алкоголизм, наркомании), приводящие к дефициту Т- и В-клеточной системы иммунитета. Поражения кожи носят упорный язвенный характер (чаще на нижних конечностях). Язвы имеют подрытые неровные края, вяло гранулирующее, покрытое серозно-гнойным плотным налетом (язвенная форма) или обильными чрезмерно выступающими вегетациями (язвенно-вегетирующая форма) дно с неприятно пахнущим серозно-гнойным отделяемым. Кожа вокруг язвенных поверхностей воспалена, на ней можно видеть фолликулярные и нефолликулярные поверхностные пустулы, местами сливающиеся в сплошные поля поражения, покрываемые гнойными корками, из-под которых отделяется серозно-гнойный экссудат. Процесс расплзается, захватывая все новые участки кожного покрова, сопровождаясь болезненностью, ограничениями движений в конечности. Такой процесс расценивается как ангиит кожи.

РЕДКИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ РАЗНОВИДНОСТИ ПИОДЕРМИИ

Помимо часто встречающихся клинических вариантов пиодермии, существуют более редкие разновидности заболевания, отличающиеся длительным и упорным течением: вегетирующая пиодермия Аллопо, гангренозная пиодермия, акне-келоид, декальвирующий фолликулит, подрывающий и абсцедирующий фолликулит и перифолликулит головы Гофмана, шанкриформная пиодермия, пиостоматит вегетирующий, гангрена полового члена и мошонки, везикулопустулёз (перипориты), псевдофурункулёз, эксфолиативный дерматит. Последние три варианта встречаются у детей.

Вегетирующая пиодермия Аллопо

Хроническая стрепто-стафилококковая пиодермия с вторичной вегетацией. В начале заболевания формируются множественные пустулы, которые вскрываются с образованием на их месте бородавчатых вегетаций. За счёт периферического роста сливаются в крупные бляшки с чёткими границами; гнойное отделяемое вегетирующих бляшек ссыхается в корки. Чаще всего поражаются волосистая часть головы, губы, гениталии, крупные складки. Общее состояние не страдает.

Гангренозная пиодермия

Заболевание обычно встречается у взрослых в период между 30 и 49 годами жизни или после 60 лет, дети болеют редко.

Хроническая глубокая пиодермия с очагами некроза тканей, которая встречается преимущественно у взрослых и отличается появлением фурункулоподобных инфильтратов, распадающихся или вскрывающихся с образованием эксцентрически растущих язв с ярким отёчным воспалительным ободком, подрытыми краями и гнойным абсцедирующим дном и участками некроза тканей. Одновременно с ростом язвы в одном направлении наблюдается её рубцевание в другом. Субъективно больных беспокоит резкая болезненность. Общее состояние страдает мало. Примерно у половины больных наблюдается одиночный очаг поражения, у остальных – множественные, с локализацией главным образом на нижних конечностях.

В 70–80% случаев гангренозная пиодермия сочетается с различными системными заболеваниями, в том числе васкулитами и хроническими воспалительными инфекционными очагами: язвенным колитом, болезнью Крона, парапротеинемией, лейкозами, артритам, карциноидными опухолями, злокачественными лимфомами и др., которые служат первичным фактором, а кожа поражается вторично.

Акне-келоид

Глубокая стрептостафилодермия, клинически характеризующаяся хроническими рецидивирующими фолликулитами с исходом в келоидные рубцы. Акне-келоид встречается, как правило, у мужчин и локализуется в затылочной области.

Фолликулит декальвирующий

Синоним: фолликулит эпилирующий.

Хроническая форма стафилококковой пиодермии. Некоторыми авторами относится к идиопатическим формам рубцовой алопеции неизвестной этиологии. Характеризующаяся рецидивирующими фолликулитами, оставляющими после себя плоские рубцы и необратимую алопецию в результате деструкции волосяного фолликула,. Встречается обычно у взрослых мужчин и характеризуется воспалением волосяных фолликулов преимущественно в теменной или височной области. Воспалительные явления

в зоне поражения, как правило, неяркие; течение процесса вялое, хроническое с периодическими рецидивами.

Дифференцируют эпилирующий фолликулит с абсцедирующим и подрывающим фолликулитом Гофмана, акне-келоид, стурильным пустулёзом Офуджи, глубокой трихофитией.

Подрывающий и абсцедирующий фолликулит и перифолликулит головы Гофмана

Хроническая глубокая стрептостафилококковая пиодермия, характеризующаяся формированием на волосистой части головы воспалительных узлов с исходом в келоидные рубцы и алопецию.

Заболевание чаще развивается у молодых мужчин. На волосистой части головы, обычно в области темени и затылка, возникают воспалительные узлы синюшно-красного цвета, сливающиеся в небольшие мягкие флюктуирующие абсцессы. Кожа над образованиями лишена волос, натянута, истончена, местами изъязвлена. Очаги тесно скучены, иногда сливаются в более или менее длинные извилистые тяжи-валики, напоминающие мозговые извилины, вскрывающиеся подрывающими кожу фистулёзными ходами, из которых выделяется гной. Течение заболевания длительное.

По современным данным, этот дерматоз относится к болезням сальных желёз, и наиболее выраженный клинический результат в его терапии достигается назначением синтетических ретиноидов (роаккутан, акнекутан) в дозе 0,5–1,0 мг/кг в течение 4–6 месяцев с соблюдением общей суммарной дозы препарата (120 мг/кг).

Шанкриформная пиодермия

Шанкриформная пиодермия является формой хронической смешанной язвенной пиодермии, напоминающей твердый шанкр при сифилисе.

Локализуется в области половых органов, язвенный дефект при этом имеет округлые очертания и уплотнение в основании. Однако в отличие от твердого шанкра плотный инфильтрат, лежащий в основании язвы, выходит за пределы язвенного дефекта. Отличить шанкриформную пиодермию от твердого шанкра помогают также исследования на бледную трепонему и серореакции на сифилис.

Пиостоматит вегетирующий

Вегетирующий пиостоматит – воспалительное заболевание слизистой оболочки рта, характеризующееся появлением на эритематозном фоне мелких вегетаций с гнойным отделяемым, напоминающим милиарный абсцесс. Болезнь впервые описал F. McCarthy (1949) как генерализованный папилломатоз слизистой оболочки рта (особенно дёсен и щёк), сопровождающийся пустулёзом. Пустулы быстро вскрываются, образуя множественные язвы и обширные мощные вегетации. Дифференциальный диагноз проводят с

лекарственными экзантемами, многоформной экссудативной эритемой, туберкулёзом, бластомикозом, вегетирующим пемфигусом.

Гангрена полового члена и мошонки

Редкая и тяжёлая форма гангрены наружных гениталий. Как правило, начинается неожиданно, на фоне полного здоровья, при отсутствии обычных для гангрены причин (артериального тромбоза) и быстро развивается. Поражает мужчин среднего и старшего возраста. Внезапно появляются отёк полового члена и мошонки, лихорадка 38–39°C, недомогание. Спустя 1–2 недели развивается поверхностный некроз, захватывающий всю переднюю часть мошонки и полового члена. В дальнейшем, несмотря на применение антибактериальных препаратов, гангрена продолжает прогрессировать в течение 2–3 недель, вызывая деструкцию тканей.

Встречается подобное заболевание и у женщин, в области малых половых губ или клитора. Патологический процесс может перейти на промежность, иногда — на лобок и бёдра. Наблюдают лейкоцитоз. Под влиянием терапевтических мероприятий очаги поражения очищаются от гангренозно-некротических масс, постепенно наступает выздоровление. У большинства больных интенсивность болей в очагах поражения выражена в слабой или средней степени в мошонке и фиброзных оболочках, защищающих яички. Прогноз всегда серьёзный и зависит от своевременного и правильного лечения.

Везикулопустулёз (перипориты)

Характеризуется появлением мелких гнойничков с периферическим воспалительным «ободком», локализующихся на волосистой части головы, а также в складках туловища и конечностей. Заболевание наблюдается у детей грудного возраста и возникает после 3–5-го дня жизни. Поскольку пустулы приурочены к устью мерокриновых желёз — отсюда второе название заболевания — перипориты. В большинстве случаев везикулопустулёз сочетается с псевдофурункулёзом.

Псевдофурункулёз

Синоним: множественные абсцессы новорожденных

Представляют собой подкожные узлы багрово-красного цвета с синюшным оттенком, формирующиеся на волосистой части головы, задней поверхности шеи, ягодицах, туловище и конечностях. Поскольку при псевдофурункулёзе в патологический процесс вначале вовлекаются протоки потовых желёз, а затем и вся железа принято считать, что это заболевание является следствием дальнейшего развития инфекции при везикулопустулёзе. У больных детей страдает общее состояние, отмечается повышение температуры до 38–39°C, симптомы интоксикации. Впоследствии узлы при псевдофурункулёзе вскрываются с выделением гнойного содержимого. Псевдофурункулёз возникает в периоде новорожденности, реже в возрасте 1–3 месяцев. Несмотря на внешнее сходство с фурункулами, множественные абсцессы, помимо иной

гистологической сути, в клиническом плане отличаются отсутствием плотного инфильтрата и характерного гнойно-некротического стержня.

Эксфолиативный дерматит

Синоним: болезнь Риттера

Самой тяжёлой формой стафилодермии новорожденных является эксфолиативный дерматит, впервые описанный Риттером фон Риттерсгайн в 1878 году, в связи, с чем дерматоз получил название болезнь Риттера. Ранее эксфолиативный дерматит рассматривался как злокачественная разновидность эпидемической пузырчатки новорожденных. Заболевание вызывается *Staphylococcus aureus*, начинается с появления гиперемии и мацерации в области пупка или в периоральной зоне с последующим формированием вялых пузырей здесь и на других участках кожного покрова. Вскоре пузыри вскрываются, а также происходит отслойка эпидермиса гиперемированной кожи без предшествующего формирования пузырей с образованием эрозий. Через 2–3 дня наступает эритродермия с обширными участками сочных эрозивных поверхностей красного цвета, окаймлённых широкими пластами свободно свисающего или скрученного эпидермиса. Клиническая картина напоминает ожог II степени или как будто новорождённый ошпарен кипятком. Симптом Никольского резко положительный. Общее состояние ребёнка тяжёлое, температура повышается до 40–41°C. Возможно развитие токсико-аллергического состояния, сепсиса и осложнений в виде пиелонефрита, пневмонии, отитов и др.

Синдром стафилококкового токсического шока (*Toxic Shock Syndrome, TSS*)

Возбудителем TSS являются штаммы золотистого стафилококка фагогруппы I (типы 16, 29, 35, 36, и 52), продуцирующий токсин TSST-1 с суперантигенной активностью. Факторами риска являются инфицированные хирургические раны, ожоги, травмы кожи, использование тампонов во время менструаций, послеродовые осложнения. Начало заболевания сопровождается внезапным повышением температуры, артериальной гипотензией, полиорганной недостаточностью и покраснением кожи. При этом по всему кожному покрову появляется мелкоточечная пятнистая сыпь, реже возникают петехии и пузыри. Отмечается плотный отёк, более выраженный на лице, кистях и стопах. Через 10–21 сутки от начала заболевания наблюдают шелушение и слущивание эпидермиса на ладонях и подошвах. Одновременно отмечают нарастание общих симптомов интоксикации: мышечную слабость, головную боль, появление судорог, профузного поноса, рвоты и одышки. Возможен летальный исход (в 5% случаев).

TSS может возникнуть в любом возрасте, но обычно наблюдается у взрослых.

Синдромом стафилококковой обожжённой кожи (*Staphylococcal Scaled Skin Syndrome – SSSS*).

У детей в возрасте до 5 лет, напротив, чаще встречается SSSS, или стафилококковый токсический эпидермальный некролиз. SSSS связан с сопутствующей стафилококковой инфекцией верхних дыхательных путей, реже при повреждении других органов (конъюнктивит, отит и др.). Вырабатываемый *S.aureus* (фагогруппа II, тип 71) особый токсин – стафилококковый эксфолиатин, – попадая в организм больного, а затем в его кожу, повреждает десмосомы (разрушает десмоглеин I и α -кадхерин) в зернистом слое эпидермиса, нарушая связь между клетками и образуя щель, заполненную жидкостью. В подмышечных и паховых складках наблюдаются очаги мацерации эпидермиса, а вокруг естественных отверстий – проявления импетиго. Клинически в течение 24–48 часов на коже появляются крупные пузыри, при слиянии которых кожа имеет вид ошпаренной. Все изменения происходят в пределах эпидермиса и отсутствуют в дерме и дермоэпидермальном соединении. Отмечается положительный симптом Никольского. Через 5–7 суток происходит эпителизация эрозий с последующим шелушением кожи.

У взрослых SSSS практически не встречается в силу того, что более совершенная, чем у детей иммунная система приводит к быстрому разрешению и элиминации токсина.

ДИАГНОСТИКА

Диагностика пиодермий в типичных случаях не вызывает затруднений и основывается на остром начале заболевания и характерной клинической картине. Для уточнения возбудителя и подбора терапии проводят микробиологическое исследование с его идентификацией и определением чувствительности микроорганизмов к антибиотикам. При проведении дифференциальной диагностики с другими заболеваниями иногда прибегают к гистологическому исследованию биоптата кожи. При хронически протекающих пиодермиях, помимо рутинных клинического и биохимического анализов крови и мочи, с целью выявления предрасполагающих факторов и сопутствующей патологии изучают показатели иммунного статуса, проводят консультации различных специалистов, тесты на ВИЧ, сифилис, гепатит.

ЛЕЧЕНИЕ

Лечение пиодермий всегда должно быть комплексным и включать особый режим поведения и ухода за кожей, диету, местные и системные препараты, а также физиопроцедуры. В лечении пиодермий необходимо соблюдать основные принципы, а именно, проводить этиотропное лечение, т.е. воздействующее на возбудителя, и патогенетическое – для устранения способствующих пиодермии факторов и коррекции сопутствующей патологии.

Режим больного пиодермией в первую очередь предполагает рациональный уход за кожей как в очаге поражения, так и вне его.

При локализованных формах заболевания не рекомендуется мыть лишь кожу в очаге поражения и вблизи него, а при диссеминированном процессе мытье запрещается вообще.

Волосы в области расположения пиодермических элементов необходимо состричь (не брить!).

Непораженную кожу обрабатывают, особенно тщательно в окружности очага поражения дезинфицирующими растворами (1–2% спиртовой раствор салициловой кислоты; 0,1% водный раствор перманганата калия и др.).

С целью предотвращения распространения инфекции ногти должны быть коротко острижены, дважды в день их обрабатывают 2% спиртовым раствором йода.

При длительно текущих процессах, а также при множественных высыпаниях определенное внимание должно быть уделено диете: питание должно быть регулярным, полноценным, богатым витаминами; резко ограничивают количество соли и углеводов; полностью исключается алкоголь.

Для местного лечения поверхностных форм пиодермий используют спиртовые растворы (салициловой кислоты, камфоры), анилиновые красители (фукорцин; 1% бриллиантовый зелёный; 0,1% калия перманганат), топические антисептические и антимикробные препараты. При необходимости, принимая асептические меры, вскрывают покрышку фликтен и пустул с последующим промыванием 3% раствором перекиси водорода (водорода пероксид) и смазыванием дезинфицирующими растворами: фурацилином 0,1%; йода раствором спиртовым 5%. В качестве антисептических средств широко применяют хлоргексидин (0,5% спиртовой или 1% водный раствор хлоргексидина биглюконата), диоксидин, эвкалипта листьев экстракт хлорфиллипт, микроцид, цитеал, бетадин и др. для наружного лечения также эффективны аэрозоли, так как они равномерно наносятся на поверхность, быстро проникают в кожу: **полькортолон ТС**, оксикорт, лифузол, бепантен. На распространённые множественные очаги наносят мази, содержащие антибиотики и сульфаниламиды: 2% мазь, крем фуцидина, 2% мазь мупироцина (бактробан), сульфадiazин (дермазин), бацитрицин – неомицин (банеоцин), сульфатиазол серебра (аргосульфат), левомеколь, гелиомициновая мазь 4%, линкомициновая мазь 2%, гентамициновая мазь 0,1%,. Курс лечения составляет 7–14 дней.

Топические комбинированные глюкокортикостероидные препараты с противовоспалительным и антибактериальным действием назначают при вторичной пиодермии основных дерматозов (атопического дерматита, чесотки, экземы и др.): фуцикорт, фуцидин, гиоксизон, лоринден С, целестодерм с гармицином, травокорт и др. Курс лечения – 7–14 дней.

После первичной обработки глубоких ограниченных очагов стафилококковой инфекции показаны также рассасывающие средства, ферменты, мази, ускоряющие репаративные процессы в коже, обеспечивающие

глубокое проникновение лекарственного препарата и ограничивающие распространение гноя: ихтиол; 0,25% раствор трипсина, химотрипсин, левосин, пиолизин, актовегин, солкосерил, цинка гиалуронат (куриозин гель, раствор).

При лечении язвенных поражений при пиодермии применяют эпителизирующие мази и повязки, для очищения от некротических масс — ируксол, трипсин, химотрипсин. В последнее время впечатляющий эффект при лечении язвенных дефектов при пиодермии получен от применения 2% крема аргосульфана. В качестве действующего начала содержит серебряную соль сульфатиазола, которая обладает мощным антибактериальным эффектом на грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы (стафилококки, стрептококки, вульгарный протей, кишечная палочка, клостридии и др). и более, чем на порядок превосходит аналогичное действие одних сульфаниламидов. Ионы серебра, содержащиеся в креме, ослабляют сенсibiliзирующие свойства сульфаниламидов, а благодаря связыванию с РНК микробных клеток они обладают и бактериостатическим действием. Серебряная соль сульфатиазола обладает слабой растворимостью и всасываемостью с раневой поверхности, что позволяет длительно поддерживать более-менее постоянную концентрацию препарата в очаге воспаления. Сульфатиазол, как составная часть крема, подавляет размножение микроорганизмов. Гидрофильная основа крема, имеющая оптимальное значение рН и содержащая большое количество воды, обеспечивает местное анальгезирующее действие и увлажнение раны, способствуя репарации тканей. Препарат наносится на очаги поражения 2–3 раза в день.

Мы применяли аргосульфан при лечении гангренозной пиодермии. Его применение в составе комплексной терапии позволило добиться у всех больных полного или почти полного клинического излечения. Это выражалось в уменьшении или исчезновении болевых ощущений при перевязках и вне их, в очищении язвенного дефекта от некротических тканей и появления зрелых грануляций и краевой эпителизации в области язв, а также отсутствии или резком снижении роста микрофлоры. Использование аргосульфана у всех пациентов приводило к быстрому рубцеванию язв (в среднем в течение 20–22 дней в зависимости от глубины и обширности дефекта), при этом в процессе лечения больные не отмечали никаких побочных эффектов от проводимой местной терапии.

В целях санации всей кожи рекомендуют общее ультрафиолетовое облучение или обтирание видимо здоровой кожи дезинфицирующими средствами. При отсутствии эффекта от наружного лечения глубоких поражениях на лице, шее (фурункуле, карбункуле), пиодермиях, осложнённых лимфангиитом, лимфаденитом, показано этиотропное лечение антибиотиками широкого спектра действия (парентерально или внутрь).

Системные антибиотики при пиодермиях применяют при длительном хроническом течении процесса, большой его распространенности, наличии общих явлений (лихорадка, головная боль, недомогание) и регионарных

осложнений (лимфаденит, лимфангит), локализации глубоких пиодермий на лице, особенно в области носогубного треугольника.

Лечение больных хронической пиодермией системными антибактериальными препаратами должно быть основано на результатах бактериологического анализа с определением чувствительности к ним микрофлоры.

В последние годы препараты пенициллина практически не применяются в терапии пиодермии. В настоящее время наиболее эффективными и в то же время вызывающими наименьшее число побочных реакций являются антибиотики – макролиды (эритромицин, вильпрафен, клацид и др.), линкомицин, тетрациклины (тетрациклин, метациклин, доксициклин, вибрамицин). Можно назначать также рифампицин, цепорин, кефзол, кефлин, клафоран, роцефин и другие антибиотики, устойчивые к β -лактамазам и оказывающие широкий спектр действия. Разовые и курсовые дозы антибиотиков, способ их введения подбирают индивидуально в зависимости от клинической картины и течения процесса.

Реже антибиотиков, обычно при их непереносимости, применяются сульфаниламидные препараты, которые менее эффективны и нередко вызывают токсидермии. Обычно используют препараты пролонгированного действия (сульфомоноксалин, бисептол и др.).

В амбулаторной практике целесообразно применять только антибиотики для приёма внутрь с высокой биодоступностью и длительным периодом полувыведения (что позволяет снизить количество приёмов в течение суток), при этом воздействие на микрофлору кишечника должно быть минимальным.

При лечении в условиях стационара предпочтение отдают парентеральному введению антибактериальных препаратов. При ступенчатом лечении вначале антибиотик назначают парентерально, а при положительной динамике состояния больного (через 3–7 суток) переходят на его применение внутрь. При первичных инфекциях кожи выбирают антибиотики пенициллинового ряда, альтернативные препараты – цефалоспорины II и III поколения, линкозамиды и фторхинолоны. При лёгкой или средней форме протекания болезни назначают лекарственные формы для приёма внутрь.

При остром течении болезни антибиотик назначается курсом не менее чем на 5–7 суток, при хроническом – на 7–10 суток.

Помимо антибактериальной терапии, при хронических формах пиодермии широко применяется иммунотерапия. К средствам активной специфической иммунотерапии относятся стафилококковый анатоксин (нативный и адсорбированный) и стафилококковый антифагин, стафилопротектин, представляющий собой смесь цитоплазматического стафилококкового антигена и анатоксина (препарат вводят подкожно в область нижнего угла лопатки 2 раза в неделю. Первая инъекция в дозе 0,3 г; последующие четыре – по 0,5 г. Больным с тяжелыми заболеваниями внутренних органов, что является противопоказанием для проведения активной иммунотерапии, назначают

антистафилококковый γ -глобулин или антистафилококковую гипериммунную плазму.

С целью стимуляции неспецифических факторов иммунитета используют аутогемотерапию, пирогенал, продигозан, метилурацил, спленин, настойку китайского лимонника, экстракт элеутерококка, гемотрансфузии.

В терапии рецидивирующих, упорно протекающих пиодермий широко применяются иммуностимуляторы, особенно в тех случаях, когда есть возможность подтвердить факт иммунных нарушений: препараты тимуса (тималин, тактивин и др.), препараты γ -глобулинов (γ -глобулин внутримышечный и др.), синтетические химические вещества (левамизол, диуцифон, изопринозин), стерильный фильтрат культуральной жидкости некоторых видов самопроизвольно лизирующихся актиномицет (актинолизат), азоксимера бромид (полиоксидний). Перспективны стимуляторы выработки интерферонов (неовир, циклоферон и др.). При всех хронических, вялотекущих формах пиодермии показаны аскорбиновая кислота и витамины группы В и препараты, улучшающие микроциркуляцию (трентал, теоникол и др.).

При различных формах хронических глубоких пиодермий (язвенно-вегетирующая, гангренозная пиодермии) к антибиотикотерапии присоединяют системные глюкокортикоиды (преднизолон 30–60 мг/сутки, метипред, дипроспан), цитостатики (азатиоприн 150 мг/сутки, проспидин).

При лечении абсцедирующего и подрывающего фолликулита Гоффманна применяют изотретиноин (роаккутан) из расчета 0,5–1 мг/кг массы тела в течение нескольких месяцев или комбинацию системных антибиотиков и глюкокортикоидов.

В комплексную терапию пиодермий входят физиотерапевтические процедуры: УФО (ультрафиолетовое облучение), сухое тепло, УВЧ, низкоэнергетическое лазерное излучение, wiRA-терапия – коротковолновое инфракрасное излучение, прошедшее фильтрацию через воду (780–1400 нм).

ПРОФИЛАКТИКА

Профилактика, как первичная (у лиц без гнойничковых заболеваний в анамнезе), так и вторичная, предусматривающая предупреждение рецидивов пиодермии, заключается в проведении определенных мероприятий на производстве и в быту.

На производстве необходимо устранение факторов, приводящих к нарушению санитарно-технических и санитарно-гигиенических норм, производственному травматизму и микротравмам.

Одним из средств борьбы с пиодермиями является своевременная обработка микротравм, для чего применяют растворы анилиновых красителей, спиртовой раствор йода, а также пленкообразующий аэрозоль «Лифузоль».

Следует проводить лечение выявленных общих заболеваний, на фоне которых могут развиваться гнойничковые поражения кожи (сахарный диабет, болезни пищеварительного тракта, ЛОР-органов и др.).

Вторичная профилактика пиодермии включает периодические медицинские осмотры, учёт и анализ заболеваемости, диспансеризацию больных, проведение противорецидивной терапии (стафилококковый анатоксин, витамины, общие УФО, уход за кожей, санация фокальной инфекции).

Список литературы

1. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. – М., 2014. – С. 319–356.
2. Кожные и венерические болезни / Под. ред. О.Л. Иванова. – М., 2006. – С. 83–97.
3. Елькин В.Д., Митрюковский Л.С., Седова Т.Г. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы. – Пермь, 2004.

**Федеральное государственное автономное образовательное учреждение
высшего образования**

**Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения
Российской Федерации (Сеченовский Университет)**

**КАФЕДРА КОЖНЫХ И ВЕНЕРИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ
им В.А. РАХМАНОВА
Института клинической медицины имени Н.В. Склифосовского**

**Учебное пособие
Зудящие дерматозы**

Москва 2023

Составители:

Олисова О.Ю. — член-корр. РАН, д.м.н., профессор, зав. кафедрой кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Россия

Кочергин Н.Г. — д.м.н., профессор кафедры кожных и венерических болезней ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), 119991, г. Москва, Россия

*Под. ред. О.Ю. Олисовой — член-корр. РАН, д.м.н., профессора,
зав. кафедрой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова*

Зудящие дерматозы: учебное пособие для студентов, обучающихся по специальности «Дерматовенерология» / [сост.: Олисова О.Ю., Кочергин Н.Г.; под ред. О.Ю. Олисовой]; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). — Москва: Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2023. — с.

Рецензенты:

Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета непрерывного медицинского образования Медицинского института Российского университета дружбы

народов, президент общественной организации содействия последипломного образования **Баткаев Эдгем Абдулахатович**

Доктор медицинских наук, профессор, заместитель директора по организационно-аналитической работе ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации **Рахматулина Маргарита Рафиковна**

ЗУДЯЩИЕ ДЕРМАТОЗЫ

Зудящие дерматозы, иногда называемые нейродерматозы – объединяющий термин группы кожных заболеваний, при которых ведущим и постоянным симптомом является зуд в очагах поражения, нередко мучительный. Существующий более полутора веков термин «нейродермит» изначально предполагал ведущую и едва ли не причинную роль патологии нервной системы в патогенезе этой группы заболеваний, которая включает сегодня кожный зуд, атопический дерматит, крапивницу и чесотку. Однако, согласно современным представлениям, эти заболевания являются весьма гетерогенными по патогенетическим механизмам и поэтому не могут быть объяснены лишь одной нейрогенной концепцией. Таким образом, термин нейродерматозы сегодня перестал обозначать общий механизм этих разнородных заболеваний кожи, но сохранил свою историческую значимость, лишь отражая постоянно зудящий характер этих дерматозов.

КОЖНЫЙ ЗУД

Как ощущение зуд возникает в результате специфического раздражение свободных нервных окончаний в коже. Воспринятый импульс, в формировании которого участвуют нейропептиды, по нервным волокнам достигает головного мозга, где он трансформируется в ощущение зуда, проецирующегося на тот участок кожного покрова, где и было раздражение. Будучи по сути субъективным ощущением, зуд неминуемо вызывает ответную реакцию – расчесывание, которое приводит к манифестации зуда на коже в виде экскориаций. В классификационном плане зуд может быть физиологическим явлением как реакция на легкое тактильное раздражение. Во всех остальных случаях, когда раздражение возникло в результате какого-то патологического процесса, зуд может быть признан патологическим. По локализации выделяют зуд фокальный и рассеянный. Иногда встречается зуд спонтанный в виде кратковременного беспричинного приступа. Есть понятие конверсионного зуда, возникающего после длительно существующей боли в качестве переходного этапа к ее прекращению. Известно существование психогенного и условно-рефлекторного зуда, которые наряду с зудом центрального происхождения развиваются без инициирующего участия периферических нервных окончаний.

При сборе анамнеза дерматологического больного отдельное внимание должно уделяться оценке зудящего компонента заболевания. Некоторые анамнестические параметры зуда носят важный диагностический характер, например локализация, провоцирующие факторы, суточный ритм. Особое значение имеет оценка выраженности зуда, что важно для организации противозудной терапии. По силе зуд может быть слабым, умеренным, сильным, очень сильным и нестерпимым. Во времени он оценивается как постоянный, периодический, эпизодический, приступообразный. Для более объективной оценке выраженности зуда иногда используются специальные аналоговые

шкалы, часто десятибальные, позволяющие проследить динамику зуда в процессе терапии или оценить эффективность разных противозудных препаратов.

В качестве симптома зуд выступает при многих заболеваниях, в том числе и не только дерматологических. Сахарный диабет, болезни печени и почек, желудочно-кишечная патология, заболевания крови, опухолевые процессы – вот далеко неполный список общих заболеваний, среди симптомов которых часто упоминается зуд различной локализации и выраженности. Иногда он даже может быть первым и до времени единственным в начале развития, например, сахарного диабета, что, несомненно, может затруднить своевременную диагностику этого заболевания. Все это делает весьма важным полноценное обследование больного, предъявляющего жалобы на зуд кожных покровов вообще.

Среди дерматологических больных при очень многих кожных заболеваниях присутствие зуда является характерным. Механизмы его могут различны. Например, при чесотке вечерний и ночной зуд – это следствие присутствия самого клеща в коже и его активности в соответствии со специфическим суточным ритмом. При укусах эктопаразитов (вшивость) или кровососущих насекомых (флеботодермия) механизм зуда заключается в раздражающем действии секрета слюнных желез насекомых на нервные окончания. При аллергодерматозах (экзема, аллергический дерматит, токсидермия, крапивница и др.) сам аллергический компонент патогенеза лежит в основе механизма зуда, как постоянного симптома при этих заболеваниях. Иногда присутствие зуда может стать важным дифференциально-диагностическим признаком при внешне схожих клинических проявлениях разных дерматозов. Примером может служить герпетиформный дерматит Дюринга, высыпания пузырей при котором часто сопровождается зудом, тогда как для похожих буллезных высыпаний, например, при пузырьчатке характерным является жжение и болезненность после вскрытия пузырей. При дерматофитиях появление зуда также зависит от формы заболевания. Если, например, имеется грибковое поражение в складках кожи (паховая эпидермофития, интертригинозная эпидермофития стоп), то оно в большинстве случаев сопровождается зудом. Однако, при ониомикозах пораженные грибом ногти не доставляют больному субъективных беспокойств. При других дерматозах наличие или отсутствие зуда может быть объяснено особенностями индивидуальной реактивности организма больного. Так, у одних больных красным плоским лишаем высыпания специфических папул не сопровождаются субъективными ощущениями, другие – при тех же самых клинических проявлениях – страдают мучительным зудом.

Нередко сочетание слов «кожный зуд» может выступать в качестве самостоятельного клинического диагноза. Принципиальной основой для диагноза «кожный зуд» служат два критерия: первичность жалобы на зуд кожи, ставший мотивом обращения к врачу и отсутствие при осмотре кожных покровов такого больного каких-либо первичных морфологических элементов. Иными словами – отсутствие какого-либо дерматологического заболевания.

С клинической точки зрения кожный зуд как диагноз чаще всего бывает локализованный или генерализованный. В свою очередь, самыми частыми формами локализованного зуда являются аногенитальный зуд и зуд волосистой части головы.

Причинами аногенитального зуда могут быть глистные инвазии (острицы), сахарный диабет, геморрой, кандидозное интертриго и многое другое. При распознавании основной причины и постановки соответствующего диагноза аногенитальный зуд теряет свою диагностическую значимость и переходит в разряд симптомов. Аналогичная ситуация складывается и вокруг зуда волосистой части головы, причины которого также разнообразны: себорейный дерматит, головной педикулез, аллергический дерматит и прочее. Скорейшее обнаружение причины зуда с постановкой точного диагноза и соответствующей терапией быстро приводит к выздоровлению больного.

Сложнее дело обстоит с генерализованным зудом, причины которого не менее многочисленны, по большей части системны и, потому, более трудны для быстрого диагностирования. Среди них начинающийся сахарный диабет, гематологические заболевания, лимфомы кожи и другие опухоли, заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек и многое другое.

Отдельную проблему составляет кожный зуд от физических факторов: солнечный, холодовой, тепловой, аквагенный. Такой зуд возникает у лиц, временно ставших по какой-то причине чувствительными к этим факторам и в большинстве случаев, по прошествии времени самостоятельно прекращается.

Более пессимистичным выглядит прогноз при старческом (сенильном) зуде, когда причиной его вызывающей становится целая ассоциация факторов, обнаружить, а тем более устранить которые не представляется возможным.

Вне зависимости от причины и локализации клиническая картина кожного зуда, как диагноза, складывается из сочетания нескольких вторичных элементов сыпи, обязательными среди которых являются экскориации. Расчесы чаще линейные, иногда точечные, при сильном, так называемом биопсирующем зуде – глубокие; они могут быть единичные и многочисленные, часто покрытые геморрагическими корочками. При присоединении вторичной инфекции в местах расчесов могут появляться вторичные гнойнички. При длительно существующем, хроническом зуде постоянное расчесывание может приводить к формированию очагов лихенификации. Ногти, при этом, становятся блестящими, край их сточен (симптом полированных ногтей).

Без обнаружения основной причины кожного зуда длительное его существования может утяжеляться психосоматическим компонентом заболевания. Нарушается сон, развивается невротический характер зуда, формируются фобии и другие нарушения психики вплоть до маразма.

При постановке диагноза кожного зуда главной тактической задачей врача становится обнаружение основной причины заболевания путем тщательного, поэтапного обследования больного на предмет возможной висцеральной патологии с целью скорейшей постановки истинного диагноза и назначения

причинно направленной терапии. К сожалению, далеко не во всех случаях это удается сделать своевременно и полноценно.

В процессе обследования проводится адекватная симптоматическая терапия. Системно могут применяться антигистаминные препараты, которые, к сожалению, не всегда достаточно эффективны, седативные средства, снотворные, по показаниям психотропные препараты; могут оказаться полезными гипнотерапия, электросон, акупунктура и другие физиотерапевтические подходы. Наружно назначают самые разнообразные противозудные, смягчающие, дезинфицирующие и прижигающие средства (кортикостероидные мази и кремы, прописи с ментолом, анестезином, дерматолом, раствор фукорцина и др.).

Прогноз при кожном зуде в целом благоприятный, особенно при условии установления его истинной причины и ее устранения.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ

Атопический дерматит – хроническое рецидивирующее иммунозависимое заболевание кожи, развивающееся на фоне генетической предрасположенности и характеризующееся зудящим поражением кожных покровов экссудативного характера в детской фазе заболевания и с доминированием эритематозно-лихеноидного поражения кожи у взрослых больных.

Синонимы: диффузный нейродермит, конституциональная экзема, пруриго Бенье и пр. Клиническая картина заболевания описана дерматологами давно и достаточно типична. Прежде это заболевание чаще называли нейродермитом, что подразумевало в качестве его ведущего механизма невроз кожи. Позже, вначале в западно-европейской дерматологии, а затем и в отечественной популярным стал термин атопический дерматит, как в наибольшей степени отражающий первопричину заболевания – генетическую предрасположенность.

Согласно многочисленным эпидемиологическим исследованиям атопическим дерматитом страдает около 5% населения земного шара, а в возрастной группе раннего детского возраста разная степень выраженности атопических поражений кожи диагностируется едва ли не в 50% наблюдений. Атопический дерматит чаще встречается в странах с умеренным климатом, среди городского населения и реже в многодетных семьях. Среди обращающихся амбулаторно и в дерматологических стационарах больные атопическим дерматитом также часты, как и больные псориазом, экземой или угрями.

Атопический дерматит в настоящее время рассматривается как кожное заболевание, имеющее в своей основе генетическую предрасположенность к атопическим реакциям вообще, которая в различные моменты жизни больного реализуется через разнообразные триггерные механизмы и факторы. Эта предрасположенность касается, прежде всего, функционирования иммунной системы, которое характеризуется гиперактивностью Т-хелперов, имеющих тенденцию дифференцироваться при антигенном раздражении больше в

сторону Т-хелперов второго типа. Кроме того, генотипическим механизмом объясняется и нарушенная барьерная функция кожи атопиков, что клинически проявляется в разной степени выраженности сухости кожи больных (ксероз). Все это в целом лежит в основе формирования в коже при антигенном воздействии экзогенного и эндогенного происхождения воспалительной реакции иммунного типа с типичными клиническими характеристиками.

Основные экзогенные и эндогенные факторы, реализующие клинические проявления атопического дерматита и вызывающие его обострения, весьма обширны и разнообразны. В детском возрасте это, прежде всего алиментарные факторы, особенно при нерациональном или неполноценном вскармливании. Позже присоединяются аэроаллергены – домашняя пыль, шерсть животных, пыльца растений. Большое значение имеют разнообразные инфекционные агенты, вирусной или бактериальной природы, которые могут не только утяжелять клинику при вторичном осложнении, но и выступать в качестве суперантигенов, вплетаясь в основной патогенез заболевания. У взрослых больных обострения заболевания нередко бывают связаны с нервными стрессами, наличием патологии желудочно-кишечного тракта, эндокринной системы или печеночной и почечной патологии и многое другое.

В общем клиническом течении атопического дерматита принято выделять младенческую, детскую и взрослую фазы.

Атопический дерматит у детей (младенческая фаза) развивается чаще всего в виде т.н. экссудативного диатеза или детской экземы. В большинстве случаев дебют заболевания приходится на первый год жизни и связан с пищевой «аллергией» или точнее с несовершенством желудочно-кишечного функционирования ребенка. Важную провоцирующую роль при этом играет внутриутробная сенсибилизация плода к пищевым аллергенам, к которым обычно относят коровье молоко, куриные яйца, рыбу, злаки, томаты, многие фрукты и ягоды, орехи. Необходимо указать, что на предрасположенность ребенка к аллергическим заболеваниям существенное влияние оказывает неблагоприятное течение беременности — токсикозы, инфекционные заболевания, стрессы, нерациональный режим. Примерно у трети больных детей родители страдают аллергическими заболеваниями. Развитию дерматоза у детей грудного возраста нередко способствует ранний прикорм или искусственное вскармливание.

Начинается заболевание чаще всего с кожи лица, где в области щек, лба появляются эритематозно-папулезные высыпания иногда на отечном основании, кожа становится напряженной и при нарастающем ухудшении состояния появляются мельчайшие, быстро лопающиеся и превращающиеся в эрозии пузырьки. Высыпания сопровождаются сильным зудом, усиливающимся ночью. В одних случаях эрозии быстро подсыхают и покрываются корочками, в других — сливаются в обширные участки сплошного мокнутия, которые постепенно подсыхают, образуя множественные корки. В процесс может вовлекаться волосистая часть головы, уши, шея, туловище, верхние и нижние конечности. Течение хроническое, улучшения

чередуются с ухудшением, последние чаще развиваются в осеннее-зимний период.

С возрастом проявления заболевания в большинстве случаев постепенно стихают и к 3—5 годам большинство детей выздоравливают. Однако примерно у трети больных, особенно при выраженной семейной предрасположенности, заболевание продолжается или проявляется вновь через более или менее длительный период ремиссии. При переходе детской фазы атопического дерматита во взрослую мокнутие прекращается и в общем фоне заболевания начинает доминировать сухость кожных покровов (ксероз). Кожа больного, особенно в области лица, приобретает грязновато-серый цвет, развивается периорбитальная гиперпигментация, повышенная морщинистость век (складка Моргана), потоотделение снижено. Основными морфологическими элементами сыпи становятся эпидермодермальные папулы, склонные к слиянию с образованием очагов лихенизации, последняя является доминирующим проявлением атопического дерматита у взрослых.

С точки зрения локализации в процесс могут вовлекаться любые участки кожного покрова, однако типичным для атопического дерматита признается поражение сгибательных поверхностей конечностей (сгибательная лихенизация), крупные складки и кожа лица. В этих местах развиваются гиперпигментация, сухость и уплотнение кожи, подчеркнутый кожный рисунок, отдельные узелки. На поверхности пораженных участков имеются тонкие отрубевидные чешуйки и местами экскориации с серозными и геморрагическими корочками, линейные расчесы и трещины.

Площадь поражения кожного покрова может колебаться от весьма ограниченного только, например, кожи вокруг губ (атопический хейлит) или в области кистей (атопическая экзема кистей) до сплошного эриематозно-лихенифицированного поражения всего кожного покрова (атопическая эритродермия).

В целом выделяют несколько морфологических индивидуальных вариантов или форм поражения кожи при атопическом дерматите: эриематозно-сквамозная, везикуло-крустозная (или экссудативная), эриематозно-сквамозная с признаками лихенизации; лихеноидная и пруригоподобная. Однако для любой формы атопического дерматита весьма характерна необычная спастическая реактивность сосудов кожи, которая выявляется при определении дермографизма. Как известно, у здорового человека без атопии дермографизм обыкновенно розовый или красный. У больных атопическим дерматитом по ходу механического раздражения вначале также возникает эритема, однако она быстро сменяется побледнением, распространяющимся от периферии к средней линии — белый дермографизм.

При всех формах и любых распространенностях поражений кожи при атопическом дерматите ведущим субъективным симптомом является зуд в очагах поражения. Именно постоянство и значимость этого симптома и нередкая связь обострений заболевания с нервными стрессами позволяли в прошлом относить этот дерматоз к нейродермитам. Зудящий характер

атопического дерматита наряду с непосредственным поражением кожи существенным образом снижают качество жизни пациентов: ухудшается сон, развиваются раздражительность, депрессивные состояния другие психосоматические компоненты. Выраженность зуда может варьировать от непостоянного и умеренного до непрерывного и мучительного, называемого иногда «биопсирующий зуд». Расчесывания ведут к многочисленным экскориациям, дополнительно усугубляющих клинические проявления заболевания, формируется симптом полированных ногтей.

Развитие вторичной пиодермии является нередким осложнением atopического дерматита. Это связано с одной стороны с генетически слабой иммунной защитой этих больных против многих кожных инфекций, с другой – с многочисленными входными воротами в результате расчесов. Вторичная пиодермия чаще бывает в виде импетигинизации в основных очагах поражения или распространенных фолликулитов и даже фурункулов. Выраженность вторичного инфицирования может приводить к общим явлениям в виде повышения температуры и утяжелению основного заболевания. Другой инфекцией, часто ассоциирующейся с atopическим дерматитом, является вирус простого герпеса. Вспышки герпетического поражения кожи у atopиков нередко носят распространенный характер, приобретая вид т.н. герпетиформной экземы Капоши. Вторичные осложнения не только утяжеляют клинику заболевания, но и требуют дополнительных терапевтических усилий.

Диагноз atopического дерматита в подавляющем большинстве типичных случаев не представляет трудностей. Каких-либо патогномоничных симптомов заболевания или специфических лабораторных тестов не существует. Однако, в формуле крови примерно у половины больных может определяться умеренная преходящая эозинофилия, а в основных иммунологических параметрах у 80% atopиков может быть повышен уровень IgE антител.

Разнообразие клинических форм заболевания и индивидуальной полиморфизм высыпаний и диагностических феноменов легли в основу специальных диагностических признаков atopического дерматита взрослых (критерии Райка), которые состоят их двух групп: основные признаки, присутствующие практически у всех больных и вспомогательные, встречающиеся с различной частотой, но совсем не обязательные для каждого больного:

Основные признаки:

- зудящий характер поражения кожи;
- сгибательная лихенификация (в основном локтевые и коленные сгибы);
- начало заболевания в раннем детстве;
- хроническое, рецидивирующее течение с улучшениями и ремиссиями в летнее время.

Вспомогательные признаки:

- отягощенный собственный и/или семейный atopический анамнез;
- «пищевая аллергия»;
- отягощающая роль психоэмоциональных факторов;

- сухость кожных покровов (ксероз);
- периорбитальная гиперпигментация;
- застойная эритема кожи лица;
- складка Моргана;
- подверженность вторичной инфекции;
- юношеская катаракта;
- белый дермографизм;
- повышенный уровень сывороточного IgE антител;
- эозинофилия крови.

Выраженность основных симптомов атопического дерматита и общая тяжесть клинической картины заболевания современная дерматология предлагает оценивать с применением специальных индексов, разработанных с целью большей объективизации таких оценок. Признанными индексами являются SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis) и EASI (Eczema Area Severity Index), позволяющие учитывать как площадь поражения кожного покрова, так и выраженность объективной морфологической симптоматики и зуда.

Дифференциальный диагноз в большинстве типичных случаев не актуален. При ограниченных формах атопического дерматита может возникнуть необходимость дифференциального диагноза с ограниченным лишаем Видаля (простой лишай), при котором, несмотря на схожесть основного изменения кожи в виде лихенификации, отсутствуют такие важные признаки атопии, как наследственная предрасположенность, начало заболевания в раннем детстве, белый дермографизм, особенности иммунограммы больного. Атопическую экзему кистей необходимо дифференцировать с истинной экземой кистей, при которой на высоте обострения наблюдаются везикуляция и мокнутие, что не типично для атопического дерматита вообще. В редких случаях атопической эритродермии целесообразно исключать возможность развития лимфомы кожи.

Лечение. При назначении любой терапии больному АД необходимо определить, и, прежде всего для самого больного, основные цели проводимых лечебных мероприятий, которые включают устранение зуда, подавление воспалительных явлений в коже, борьба с бактериальной инфекцией и сухостью кожи и по возможности длительное поддержание полученного терапевтического эффекта. Наиболее успешным достижение этих целей будет при обязательном соблюдении двух принципиальных условий: комплексность и индивидуализированность терапии. Под комплексностью понимается четыре главных компонента: общие рекомендации, медикаментозная терапия, наружная терапия и немедикаментозные подходы.

Общие рекомендации обычно касаются режима гипоаллергенной диеты, ограничения водных процедур, особенностей организации жилища и быта больного с минимизированным аллергенным окружением, лечение сопутствующих заболеваний и др.

Медикаментозная терапия при атопическом дерматите весьма разнообразна и требует особого индивидуального подбора. При умеренных формах заболевания часто применяют антигистаминные препараты всех поколений,

седативные средства, в отдельных случаях витаминотерапия. При более тяжелых состояниях может потребоваться системная кортикостероидная терапия, избирательная иммуносупрессия с применением циклоспорина А, **дупилумаба, ингибиторов янус-киназ** или методы экстракорпоральной детоксикации. При риске развития вторичной пиодермии показано раннее назначение антибиотиков, обычно широкого спектра действия. Часто для повышения эффективности терапии медикаменты назначают в виде комбинаций – одновременных, последовательных или ротационных, что позволяет, к тому же, уменьшить риск возможных побочных явлений при монотерапии отдельными препаратами.

Возможности наружной терапии также обширны. Наиболее часто при атопическом дерматите назначаются такие высокоэффективные противовоспалительные и противозудные средства, как наружные кортикостероиды, которые подразделяются на четыре класса активности. Тактически обычно лечение начинают с препаратов высокой активности, переходя по мере улучшения к более слабым. Предпочтение следует отдавать нефротированным кортикостероидам, обладающим меньшими побочными эффектами. Применять наружные стероиды нужно непродолжительное время, переводя больного на нестероидные средства. Желательна частая смена препаратов во избежание привыкания (тахифилаксии). При наличии вторичной инфекции показаны комбинированные стероиды, содержащие антибиотики и антимикотики. Хорошей альтернативой местным стероидам являются наружные ингибиторы кальциневрина – пимекролимус и такролимус, не обладающие побочными эффектами, характерными для кортикостероидов. Как во время обострений, так и в периоды ремиссий базовой (фоновой) терапией сегодня признается использование разнообразных увлажняющих и смягчающих наружных средств ухода за атопичной кожей для восстановления нарушенной барьерной функции кожи.

К немедикаментозным методам лечения атопического дерматита относятся многие виды физиотерапии – фототерапия, электротерапия, рефлексотерапия, гипербарическая оксигенация и др. Эффективными могут оказаться электросон, гипнотерапия. Некоторым больным может быть полезной фитотерапия, гомеопатия, средства народной медицины. В летнее время большинству больных показана климатотерапия в условиях сухого морского климата.

Прогноз. Начавшись в раннем детстве атопический дерматит в большинстве случаев заканчивает свое развитие к 2–3 годам жизни. У оставшейся меньшей части больных хроническое течение заболевания обычно постепенно затихает к 30–40 годам.

Профилактика. Профилактические мероприятия при атопическом дерматите многогранны и направлены на предупреждение воздействия многочисленных триггерных и провоцирующих факторов. Соблюдение гипоаллергенной диеты, ограничение водных процедур, устранение контактов с бытовыми аллергенами, уход от стрессогенных ситуаций, рациональный режим труда и отдыха, пребывание в благоприятных климатических зонах,

увлажняющий и смягчающий уход за кожей, лечение сопутствующих заболеваний, рациональное питание во время беременности и периода грудного вскармливания, оптимальная профессиональная ориентация – вот далеко неполный список профилактических возможностей если не полного избавления от заболевания, то заметного снижения частоты и тяжести рецидивов атопического дерматита.

КРАПИВНИЦА

Крапивница (urticaria) – групповое название различных по механизмам, но одинаковых по клиническим проявлениям реакций кожи, а иногда и подкожной клетчатки в виде их отека, проявляющегося возникновением на коже волдырей, сопровождающихся чувством жжения и зуда.

Термин urticaria ввел в обиход W.Cullen в 1769 году. Крапивница встречается весьма часто и среди аллергических заболеваний занимает второе место по частоте после бронхиальной астмы и может возникать в любом возрасте. Специальными опросами показано, что каждый третий человек на Земле перенес ее хотя бы однократно, а среди госпитализированных в дерматологические стационары больных крапивница может составлять до 3%.

Высыпания волдырей при крапивнице представляют собой в большинстве случаев аллергическую кожную реакцию в основном немедленного типа, вызываемую разнообразными эндогенными и экзогенными факторами. Основными эффекторными клетками при этом признаны тучные клетки, хотя могут участвовать и другие гранулоциты. Сам механизм формирования волдыря при крапивнице обусловлен повышением проницаемости капилляров и острым отеком периваскулярного пространства. Повышение сосудистой проницаемости связано с действием биологически активных веществ (гистамин, серотонин, простагландины и др.), которые относятся к тем самым медиаторам, высвобождаемым при дегрануляции тучных и базофильных клеток. За повышение сосудистой проницаемости ответственны в основном H1 гистаминовые рецепторы, хотя и не отрицается роль H2 рецепторов.

С патогенетической точки зрения выделяют аллергическую крапивницу, имеющую иммунологический, часто, IgE-зависимый механизм образования медиаторов, псевдоаллергическую, включающую большую группу физических крапивниц, крапивницу, связанную с дефицитом C1 компонента комплемента, нарушениями арахидонового метаболизма, крапивницу от воздействия прямых гистаминолибераторов и другие механизмы.

Одна из самых частых – аллергическая крапивница – имеет механизмы, сходные с аллергическими дерматитами и токсидермиями, и в большинстве случаев связана с конкретным экзо- или эндогенным аллергеном. В группу физических крапивниц входят уртикарный дермографизм, крапивница от давления, вибрационный ангиоотек, холодовая крапивница, холинэргическая крапивница, тепловая крапивница, адренэргическая крапивница и аквагенная крапивница. При дефиците комплементарной системы крапивница может быть

доминантно наследуемой, в виде сывороточной болезни или вирус ассоциированной. Хроническая спонтанная крапивница, при которой причина и механизмы развития, часто остаются неизвестными, составляет едва ли не самую большую часть всех клинических вариантов крапивниц.

По клиническому течению и в качестве практического дерматологического диагноза обычно выделяют острую крапивницу (продолжительностью до 6 недель) и хроническую спонтанную (свыше 6 недель). Развитие хронической крапивницы нередко связывают с нарушением функции печени, почек, желудочно-кишечного тракта, глистными инвазиями, очагами хронической инфекции.

Вне зависимости от механизмов клинически крапивница характеризуется появлением на любом участке кожи многочисленных или одиночных, сильно зудящих, ярко-розового цвета волдырей, имеющих разнообразные очертания, плотную консистенцию и величину до ладони и более. Высыпания волдырей продолжаются обычно несколько часов, затем они исчезают бесследно, но могут появляться новые. Обычно крапивница длится несколько дней, но иногда продолжается несколько месяцев. Острая крапивница может сопровождаться недомоганием, головной болью, лихорадкой.

Особую клиническую разновидность представляет гигантская крапивница или острый ограниченный отек Квинке. При этом заболевании происходит первичное вовлечение в процесс подкожной клетчатки, в которой накапливается отечный экссудат и возникает локальная припухлость. Поэтому поражение при отеке Квинке наблюдается чаще в местах с рыхлой клетчаткой — на губах, веках, слизистых оболочках полости рта, гортани, мошонке. Отек развивается обычно очень быстро в ответ чаще всего на экзогенный фактор, действующий нередко в качестве прямого гистаминолибератора. Клинически пораженный участок резко выступает над уровнем кожи, имеет плотноэластическую консистенцию и фарфорово-белую, реже слегка розовую окраску. Отек держится от нескольких часов до 2—3 суток, а затем бесследно проходит. Больные жалуются на ощущение напряженности тканей, иногда на зуд. Особенно опасен отек Квинке в области гортани, встречающийся примерно у четверти больных. При этом сначала отмечаются охриплость голоса, лающий кашель, затем нарастает затруднение дыхания с одышкой. Дыхание становится шумным, лицо приобретает цианотичный оттенок, затем резко бледнеет. Больные беспокойны, мечутся. В тяжелых случаях при отсутствии рациональной помощи больные могут погибнуть при явлениях асфиксии. Медицинский персонал должен быть всегда готов к оказанию неотложной помощи при отеке Квинке.

К особой разновидности иммунологической IgE-зависимой крапивнице относится детская крапивница (детская почесуха или строфулюс), которая развивается часто на фоне атопической предрасположенности, нередко у искусственно или неполноценно вскармливаемых детей. Основным механизмом детской крапивницы признается пищевая аллергия. Большое значение имеют также бытовые аллергены, укусы насекомых, токсико-

аллергические воздействия при желудочно-кишечных, инфекционных заболеваниях, фокальные очаги инфекции (тонзиллиты, гаймориты, отиты) и т. д. Детская крапивница чаще наблюдается у детей в возрасте от года до трех лет.

Клинически на коже отмечается высыпание небольших волдырей, которые быстро трансформируются в узелки розово-коричневого цвета, полушаровидной или конической формы, величиной до булавочной головки нередко с маленьким пузырьком на вершине (серопапулы), а изредка и настоящих пузырей. Более детальное описание детской крапивницы приводится ниже в разделе почесуха. Детскую крапивницу необходимо дифференцировать с чесоткой, которая у детей нередко маскируется под аллергические и экзематозные зудящие высыпания.

Лечение. В терапевтических подходах к любой крапивнице можно выделить два основных компонента: поиск и устранение возможного триггера или аллергена и симптоматическая терапия в зависимости от выраженности клинической симптоматики. Первый компонент при его успешном осуществлении считается идеальным и приводит к полному выздоровлению пациента. Однако, далеко не во всех случаях удастся обнаружить причину высыпаний и даже при ее установлении не всегда представляется возможным элиминация причины. Это, прежде всего касается хронической спонтанной крапивницы. В этих и большинстве других случаев основной патогенетической и симптоматической терапией является применение H₁ гистаминовых антагонистов (антигистаминовых препаратов). Сегодня существует два поколения антигистаминов: классические 1-го поколения с выраженным седативным действием и современные 2-го поколения без сопутствующих эффектов и с пролонгированным механизмом действия. Однако, каков бы не был выбор врача, антигистаминные препараты любого поколения должны назначаться в адекватных терапевтических дозах и при регулярном курсовом приеме. В случаях хронической спонтанной крапивницы препаратами выбора являются антигистамины 2-го поколения. Иногда оказывается целесообразным комбинировать антигистамины разных поколений или использовать одновременный прием H₁ и H₂ блокаторов. Заслуживает внимания тактика сочетания антигистаминовых препаратов со стабилизаторами мембран тучных клеток типа кетотифена. В последнее время эффективным оказалось моноклональное антитело омализумаб. Во многих случаях алиментарной или медикаментозной крапивницы целесообразными становятся усилия по скорейшему выведению аллергена из организма с помощью сорбентов, слабительных и мочегонных препаратов. Наружное лечение крапивниц сводится к применению успокаивающих болтушек или обтиранию кожи противозудными средствами, содержащими, например, ментол.

Больные гигантской крапивницей с отеком гортани и трахеи нуждаются в ургентной терапии с применением адреналина, в/м инъекций антигистаминных препаратов, мочегонных средств, в/в вливании кортикостероидов. В экстренных случаях может потребоваться трахеотомия.

ПОЧЕСУХА

Термин почесуха или пруриго обозначает небольшую группу кожных заболеваний объединенных схожим клиническим проявлением в виде уникального морфологического элемента, сочетающего в себе одновременно компоненты папулы, волдыря и иногда пузырька. Такой элемент называют серопапулой или пруригинозной папулой. Другим общим и постоянным признаком пруригинозных высыпаний является выраженный, нередко мучительный зуд, откуда собственно и происходит название заболевания (pruritus – prurigo). Различают обычно детскую почесуху (строфулюс), почесуху взрослых и узловатую почесуху.

Строфулюс рассматривается большинством исследователей как одно из нечастых проявлений ранней фазы атопического дерматита, развивающееся преимущественно в первые три года жизни ребенка. К триггерным факторам относятся в первую очередь некоторые известные пищевые продукты (коровье молоко, куриное мясо, рыба, многие фрукты и ягоды), обладающие выраженными аллергенными свойствами. В связи с этим строфулюс принято рассматривать как проявление пищевой аллергии с соответствующими терапевтическими и профилактическими рекомендациями.

Клиническая картина заболевания представлена мономорфными не очень обильными высыпаниями в виде вышеописанных пруригинозных папул обычно не крупнее мелких горошин. При строфулюсе папулы характеризуются особенно выраженным экссудативным компонентом со значительной отечностью в основании и нередко мелкой везикулой в центре. Время существования везикулы весьма ограничено по причине ее быстрого расчесывания и превращения в точечную эрозию с последующим образованием корочки. Высыпания рассеяны на коже туловища, ягодицах, разгибательных поверхностях конечностей. Имеется тенденция к локализации на дистальных отделах конечностей (кисти, стопы), где сыпь часто может быть представлена только везикулами.

Постоянный сильный зуд, сопровождающий строфулюс, нарушает сон ребенка, приводит к развитию невротических состояний. Кроме того, в местах расчесов быстро присоединяется вторичная инфекция. Нерациональный режим питания, явления дисбактериоза кишечника, наличие очагов инфекции способствуют хронизации кожного процесса и затрудняют терапевтические мероприятия. Однако, в подавляющем большинстве случаев прогноз при строфулюсе благоприятный и к 3–4 года заболевание заканчивается.

Лечение больного строфулюсом ребенка становится наиболее успешным при раннем его начале. Помимо строгих диетических рекомендаций, соблюдения режима купания и ограничения контакта с бытовыми аллергенами необходимым бывает назначение антигистаминной терапии в рациональных возрастных дозировках. В ряде случаев полезными могут быть легкие седативные препараты. Наружно в местах расчесов применяют анилиновые

красители, по показаниям комбинированные наружные кортикостероидные мази и кремы.

У взрослых почесуха в свою очередь встречается чаще в виде простой почесухи взрослых и реже в виде узловатой почесухи.

Почесуха взрослых (*prurigo adultorum*) более редкое заболевание, чем строфулюс. Патогенетическую роль в ее развитии играют интоксикации, дисфункции желудочно-кишечного тракта, эндокринные нарушения, заболевания нервной системы и другое. Такой многофакторный патогенез и лежит в основе всех трудностей терапии этого заболевания.

Клиническая картина почесухи взрослых представлена все теми же серопапулами, рассеянными по разным участкам кожного покрова с преимущественной локализацией на предплечьях, голених, ягодицах, животе. В острой фазе заболевания папулы инфильтрированы, яркой окраски с центральной микровизикой. В хронической фазе сыпь более застойной окраски с точечными эскориациями и геморрагическими корочками. Зуд постоянный иногда мучительный с нарушением сна и развитием невротических реакций. Рецидивы нередко развиваются в летнее время под воздействием ультрафиолетовых лучей и с локализацией высыпаний на открытых участках тела.

Узловатая почесуха (*prurigo nodularis*) встречается еще более редко и рассматривается как индивидуальное реактивное состояние при заболеваниях желудочно-кишечного тракта и другой системной патологии. Высыпания при узловатой почесухе более крупных размеров, достигающих 1 см и более в диаметре, значительно выступающие над поверхностью кожи. Локализуясь преимущественно на передней поверхности голених, пруригинозные узлы тесно группируются, почти сливаясь, и образуют инфильтрированные с неровной поверхностью очаги, покрытые геморрагическими корками и биопсирующими эскориациями. Заболевание обычно протекает хронически без острых рецидивов, что может составлять долгие годы.

Лечение почесухи взрослых ограничено преимущественно симптоматическим воздействием в первую очередь на зуд с использованием антигистаминных препаратов обоих поколений, седативных средств, наружных кортикостероидов. При упорном зуде возможно системное применение кортикостероидов. В попытках патогенетического вмешательства необходимы тщательное обследование больного, выявлении причинной патологии и ее соответствующая терапевтическая коррекция.

Федеральное государственное автономное учреждение высшего образования

Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Лечебный факультет, кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова

Составители:

Е.В. Орлова - канд.мед.наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова

О.В. Грабовская – канд.мед.наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова;

Л.М. Смирнова – канд.мед.наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней им. В.А.Рахманова

Профессиональные навыки и неотложная помощь в практике врача-дерматовенеролога.

Учебное пособие для студентов и ординаторов.

под. ред.О.Ю. Олисовой – д-р мед.наук, профессор, зав.кафедрой кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова.

Содержание

Глава I. Диагностические методики в дерматовенерологии.	3 -41
Глава II. Схема написания истории болезни	42-49
Глава III. Принципы и методики местного применения лекарственных средств.	49-54
Глава IV. Неотложные состояния в практической медицине и помощь при них.	54-61

Глава I

Диагностические методики в дерматовенерологии.

Цели изучения раздела:

Формирование у клинических ординаторов знаний, умений и навыков на основе содержания раздела.

Задачи раздела:

- приобретение знаний в области диагностических методик использующихся в дерматовенерологии;
- обучение выбору оптимальных методов клинического и практического обследования при кожных и венерических заболеваниях и составление алгоритма дифференциальной диагностики;
- обучение выбору оптимальных методов лабораторного и инструментального обследования;
- обучение определению показаний для госпитализации кожного и венерического больного
- обучение оформлению медицинской документации амбулаторного и стационарного больного

Требования к результатам освоения раздела:

После освоения учебной программы ординатор должен уметь проводить сбор анамнеза у больного кожными и венерическими заболеваниями, заполнять амбулаторную карту и историю болезни стационарного больного, уметь заполнить годовую форму Госстатотчетности, подготовить и составить годовой отчет дерматовенерологической службы территории (города, района), ЛПУ, ГУЗ КВД, оформить извещение (форма 0-89-У/КВ) о больном с вновь установленным диагнозом заразного кожного заболевания, проводить диагностический осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек, оформить первичную медицинскую документацию (медицинская карта стационарного больного, медицинская карта амбулаторного больного), проводить диаскопию, пальпацию, поскабливание элементов сыпи, уметь воспроизвести и оценить дермографизм, определить болевую, тактильную, холодовую чувствительность, воспроизвести пробу Бальцера, определить феномен Никольского, определить псориагическую триаду, воспроизвести феномен «яблочного желе», воспроизвести феномен Поспелова (симптом «зонда»), определить феномен «дамского каблука», провести пробу Ядассона, уметь осуществлять забор и исследование диагностического материала для выявления патогенных грибов при диагностике грибковых заболеваний; уметь провести исследование на чесоточного клеща и клеща-железницу, исследование на акантолитические клетки; уметь провести люминисцентную диагностику грибковых заболеваний, витилиго, порфирии с помощью лампы Вуда; знать методы дезинфекции обуви, уметь оказать неотложную помощь при анафилактическом шоке и других неотложных состояниях в дерматологии; знать методики применения различных повязок, примочек, дерматологических компрессов, присыпок, паст, взбалтываемых взвесей, пластырей, мазей, аэрозолей, лаков, уметь оформлять рецепты на основные лекарственные средства, применяемые в дерматологии.

Феномен в дерматологии – характерный, а порой патогномоничный маркер заболевания кожи, возникающий в результате различных манипуляций.

Симптом – непосредственное проявление заболевания.

№ 1. Сбор анамнеза у больного кожными и венерическими заболеваниями.

У пациента необходимо выяснить давность заболевания, локализацию и характер первоначальных высыпаний, динамику распространения процесса, эволюцию элементов сыпи. Устанавливается причина заболевания, со слов пациента и по результатам предшествующих обследований. Уточняются экзогенные и эндогенные факторы.

Выясняется частота обострений кожного процесса и связь их с различными экзогенными и эндогенными факторами, длительность ремиссий, сезонность процесса. Уточняется семейный дерматологический анамнез. Уточняется предшествующее лечение (амбулаторное, стационарное, медикаментозное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное), его эффективность и переносимость. Выясняется, состоит ли пациент на диспансерном учете у дерматолога или других специалистов.

Выясняется влияние на течение заболевания нервно-психического стресса, воздействие метеорологических условий. Уточняется связь с менструальным циклом и беременностью. Выявляется наличие профессиональных вредностей и хобби пациента. Уделяется внимание наличию очагов хронической инфекции (гайморит, отит, кариозные зубы и т.д.).

Если имеется инфекционное, паразитарное или венерическое заболевание, выясняется предположительный источник заражения и устанавливаются контактные лица, время заражения, степень контакта и очаг инфекции.

Подробно собирается аллергологический анамнез.

Анализируются и регистрируются результаты лабораторных методов обследования больного, проводимых ранее, динамические изменения в процессе терапии.

№ 2. Осмотр кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Осмотр кожных покровов и видимых слизистых лучше проводить при рассеянном дневном, либо достаточно ярком электрическом свете. Температура в комнате должна быть 22-23°C.

При осмотре уделяют внимание окраске кожи, которая в норме может быть бледной, розовой или смуглой. Во время осмотра кожи определяют имеющиеся морфологические элементы – первичные (пятна, папулы, бугорки, узлы, пузырьки, пузыри, пустулы) и вторичные (вторичные пятна, чешуйки, корки, эскориации, ссадины, эрозии, язвы, трещины, лихенизация, вегетация, рубцы).

Определяют характер сыпи: мономорфная (псориаз, красный плоский лишай, герпес, вульгарная пузырчатка, крапивница) или полиморфная (экзема, герпетиформный дерматоз Дюринга) сыпи.

Обращают внимание на расположение сыпи, так как в ряде случаев, тому или иному дерматозу свойственна характерная локализация (красной волчанке - лицо, открытые участки кожных покровов, зона “декольте”, псориазу – разгибательные поверхности локтевых и коленных суставов, волосистая часть головы и т.д.). Выявляют особенности расположения высыпаний: фокусное (элементы не сливаются, их окружает видимо здоровая кожа), диссеминированное и диффузное (слияние элементов в крупные очаги); распространенность: ограниченная (очаговый нейродермит, очаговая склеродермия, невус, простой герпес и др.), распространенная (розовый лишай, псориаз), тотальная (эритродермия); симметричность и асимметричность сыпи.

Проводят оценку тургора кожи, о чем можно в определенной степени судить по результатам осмотра кожи лица, шеи, кистей и других частей тела. При нормальном тургоре кожа ровная, гладкая. Образующиеся складки при разговоре, улыбке, движении в суставах кистей легко расправляются. Более четкое представление о тургоре получают при пальпаторном исследовании захватыванием кожно-жировой складки на тыле кисти, животе, щеках и других местах. Захваченная большим и указательным пальцами складка на тыле кисти слегка сжимается на 1-2 сек. и немного оттягивается. Оценивается плотность складки, ее упругость - сопротивление сдавливанию, скорость расправления после отнятия пальцев. При хорошем тургоре складка кожи легко захватывается, она умеренно плотная, упругая, после

отпускания легко и полностью расправляется, следов на коже от пальцев не остается. Такое состояние тургора считается нормальным, и врач делает заключение: «Тургор кожи сохранен».

Осматривают волосы, ногти, наружные половые органы, перианальную область. При осмотре красной каймы губ обращают внимание на ее окраску, сухость, наличие чешуек, трещин, эрозий, корок. Подлежит осмотру и слизистая оболочка полости рта, на которой можно обнаружить высыпания (при кандидозе, красном плоском лишае, пузырчатке).

Осмотру и пальпации доступны в основном периферические лимфоузлы, из внутренних - лишь мезентериальные (узлы брыжейки кишечника). Исследование проводится в местах наибольшего скопления лимфоузлов: затылочная, заушная, околоушная, поднижнечелюстная и подбородочная области, шея, подмышечные, локтевые, подколенные ямки, паховые области.

Проводя осмотр, необходимо обратить внимание на величину лимфоузлов, окраску и целостность кожи над ними (наличие свищей и рубцов). У здорового человека при осмотре любого места скопления лимфоузлов увидеть их контуры невозможно, так как они достаточно глубоко расположены в рыхлой подкожной клетчатке. Окраска кожи над лимфоузлами обычная, отека кожи и подкожной клетчатки, покраснения и нарушения целостности кожи нет. При осмотре можно увидеть лишь значительное увеличение лимфоузлов - более 2-5 см в диаметре. Покраснение кожи - безусловный признак воспалительного процесса в лимфоузлах и окружающих их тканях. Свищи и рубцы - свидетельство их настоящего или прошлого воспаления с нагноением.

Пальпация лимфатических узлов - основной и наиболее информативный метод их исследования. Она проводится последовательно по правилу «сверху вниз» - начиная с группы затылочных лимфоузлов, околоушных, поднижнечелюстных и заканчивая подколенными. Принцип пальпации заключается в том, чтобы отыскать лимфоузлы в соответствующем регионе, прижать их подушечками пальцев к плотной поверхности и сделать скользящее движение с перекатом через узлы, можно делать круговые движения над узлами. Прием повторяется 2-3 раза, пальцы обследуют весь регион. Обращаем внимание на положение пальцев - они должны ложиться на кожу плоско и погружаться параллельно поверхности кожи.

По результатам пальпации даются характеристики лимфоузлов по следующим критериям:

- величина в мм,
- форма,
- консистенция (эластичность),
- характер поверхности,
- подвижность,
- спаянность между собой и с кожей,
- наличие флюктуации,
- местная температура,
- болезненность.

Исследование обязательно проводится в симметричных регионах одновременно левой и правой рукой, либо сначала с одной стороны, затем с другой. Техника пальпации лимфоузлов в разных регионах имеет свои особенности. **При исследовании врач всегда находится перед пациентом**, за исключением пальпации подколенных ямок.

Затылочные лимфоузлы. Руки врача укладываются на боковые поверхности головы, а пальцы левой и правой руки одновременно ощупывают пространство выше и ниже края затылочной кости. В норме эти узлы могут определяться размером с чечевицу 4-5 мм.

Заушные лимфоузлы. Положение рук врача прежнее, пальцы ощупывают заушную область от основания ушных раковин и над всей поверхностью сосцевидных отростков. В норме лимфоузлы могут определяться размером 4-5 мм.

Околоушные лимфоузлы. Пальпация проводится по направлению вперед от козелков от скуловых дуг вплоть до угла нижней челюсти. В норме лимфоузлы могут определяться размером с чечевицу 4-5 мм.

Поднижнечелюстные лимфоузлы. Голова пациента держится прямо или лучше ее слегка наклонить вперед, чтобы расслабить мышцы области исследования. **Обе кисти врача с полусогнутыми пальцами в положении супинации** устанавливаются в подбородочной области на уровне передней поверхности шеи и погружаются в мягкие ткани подчелюстной области. **Затем делается скользящее, выгребное движение к краю челюсти.** В этот момент лимфоузлы прижимаются к челюсти, проскальзывают под пальцами. Пальпация проводится последовательно - у угла челюсти, посередине и у переднего края, так как лимфоузлы располагаются цепочкой вдоль внутреннего края челюсти. Их количество до 10, а максимальная величина - до 5 мм.

Подбородочные лимфоузлы. Пальпация проводится правой рукой, а левой врач поддерживает голову сзади, препятствуя отклонению ее назад. Голова пациента должна быть чуть наклонена вперед для расслабления мышц места исследования. Правой рукой с пальцами в положении супинации ощупывается вся подбородочная область от подъязычной кости до края челюсти. Лимфоузлы чаще не пальпируются.

Шейные лимфоузлы. Исследование проводится в медиальных, а затем в латеральных шейных треугольниках, сначала с одной, затем с другой стороны, либо одновременно с двух сторон. **При прощупывании лимфоузлов в переднем шейном треугольнике пальцы надо расположить в положение пронации вдоль кивательной мышцы.** Лучше пальпировать 1-2 пальцами - указательным и средним, начиная от угла нижней челюсти и продолжая вдоль всего переднего края кивательной мышцы. **При прощупывании пальцы прижимаются к фронтальной плоскости** - к позвоночнику, а не к гортани. Особо обращаем внимание на тщательное исследование лимфоузлов у угла челюсти в области сонного треугольника.

Боковые поверхности шеи ощупываются с двух сторон одновременно или поочередно. Вытянутые пальцы врача вначале устанавливаются поперек заднего края кивательных мышц, прощупывают ткани от сосцевидных отростков до ключиц. **Затем прощупываются обе боковые поверхности шеи вперед от длинных мышц шеи и краев трапециевидных мышц.** Обращаем внимание на недопустимость во время пальпации сильного сгибания пальцев, вся конечная фаланга каждого пальца должна **плоско лежать на исследуемой поверхности**, совершая погружение, скольжение и круговые движения. В норме на боковых поверхностях шеи прощупываются единичные лимфоузлы величиной до 5 мм.

Подмышечные лимфоузлы. Пациент слегка (до 30°) отводит руки в стороны, чем улучшает доступ в подмышечные ямки. Врач, установив вертикально кисти с прямыми или слегка согнутыми пальцами, входит **вдоль плечевой кости** в

глубину подмышечной ямки до упора в плечевой сустав. После этого пациент опускает руки, а врач, **прижимая пальцы к грудной клетке, скользит вниз на 5-7см**. Лимфоузлы как бы выгребаются из ямки, проскальзывают под пальцами врача. Манипуляция повторяется 2-3 раза с целью получения более четкого представления о состоянии лимфоузлов. В подмышечных ямках лимфоузлы пальпируются всегда в количестве 5-10, величина отдельных из них достигает 10мм, иногда и более.

Надключичные и подключичные лимфоузлы ощупываются в надключичных и подключичных ямках. Надключичное пространство исследуется от кивательной мышцы до ключичноакромиального сочленения. **Не следует забывать об участках между ножками кивательных мышц, особенно справа.** Здесь пальпацию проводят одним указательным или средним пальцем. При исследовании подключичных ямок тщательно и глубоко пальпируются их латеральные участки у краев дельтовидных мышц. У здоровых надключичные и подключичные лимфоузлы чаще не пальпируются.

Кубитальные лимфоузлы. Пальпация проводится поочередно с одной, затем с другой стороны. Врач находится перед пациентом. Рука пациента должна быть полусогнута, что улучшает доступ к местам исследования. При пальпации правой кубитальной ямки левой рукой врач удерживает правую руку пациента за предплечье, а правой проводит **ощупывание локтевой ямки в области расположения нервно-сосудистого пучка, а затем вдоль всей бицепитальной борозды вплоть до подмышечной ямки.**

Межреберные лимфоузлы. Исследование проводится по межреберьям, при этом 2-3 пальца погружаются в межреберную борозду и ощупывают ее **от грудины или края реберной дуги до задней аксиллярной линии.** В норме межреберные лимфоузлы не пальпируются.

Паховые лимфоузлы. Поверхностные паховые лимфоузлы располагаются в верхней трети бедра ниже паховой складки. Часть из них лежит цепочкой вдоль паховой складки, другие - ниже и преимущественно вдоль вены сафены на широкой фасции бедра. Пальпация проводится в вертикальном, но предпочтительнее в горизонтальном положении пациента. Паховые области обнажаются с обеих сторон, пальпируются поочередно и вначале исследуются лимфоузлы вдоль паховой складки. Конечные фаланги кисти врача устанавливаются вдоль паховой складки, кожа несколько смещается в сторону живота, затем совершается скользящее движение в обратном направлении **поперек паховой складки.** Можно кожу не смещать. Обнаружив лимфоузлы, их ощупывают со всех сторон, применяя круговые движения пальцами. Манипуляция повторяется 2-3 раза. Далее исследуется пространство паховой области над широкой фасцией бедра. Паховые лимфоузлы пальпируются почти всегда, их количество может достичь 10-15, но чаще 3-5, а величина отдельных достигает 10-15 мм.

Подколенные лимфоузлы. Лежат они в глубине подколенных ямок, окружая магистральные сосуды. Пальпация проводится в горизонтальном положении пациента на животе. Врач располагается справа от кушетки, левой рукой удерживает голень в нижней трети, изменяя угол сгибания в колене. Правой рукой ощупывает подколенную ямку вначале при вытянутой ноге, затем при сгибании ноги, меняя угол сгиба и добиваясь максимального расслабления мышц и сухожилий. Лимфоузлы в подколенной ямке в норме не пальпируются. Далее необходимо пропальпировать переднюю поверхность голени вдоль межкостистой перепонки. Здесь также в норме лимфоузлы не пальпируются.

У здорового человека лимфатические узлы имеют разную величину, что зависит от локализации, но и в каждом регионе они имеют разные размеры. Особое внимание надо обращать на узлы наибольшей величины. Исследуя лимфоузлы по регионам, необходимо помнить то, что величина узлов нарастает «сверху вниз» - на шее и прилегающих областях размер их колеблется от 2 до 5-7мм, в подмышечной ямке они достигают 10мм, в паховых областях - до 20мм. Имеются определенные индивидуальные различия, причем, иногда значительные. Исследование лимфоузлов в

динамике наблюдения за пациентом является особо важным. Здоровые лимфоузлы имеют округлую или овальную форму, напоминающую по конфигурации фасоль. Они эластичны, поверхность их ровная, гладкая, они подвижны, не спаяны между собой, с кожей и окружающими тканями, безболезненные. Кожа над лимфоузлами легко смещается. В практике, да и в литературе, нередко величину узлов сравнивают с бобовыми или орехами, яйцами, яблоками. Этого лучше избегать. Величину необходимо указывать в мм, отражая длинник и поперечник узла.

№ 3. Диаскопия, пальпация, поскабливание элементов сыпи.

Диаскопия (витропрессия) - метод, с помощью которого можно определить характер элемента (сосудистый, пигментный, и др.).

Методика: надавливают на пораженный участок кожи предметным стеклом либо специальным прибором - диаскопом, представляющим собой прозрачную пластмассовую пластинку. Если эритема вызвана расширением сосудов, при диаскопии она исчезает и появляется нормальная окраска кожи. При геморрагии и пигментации окраска не меняется.

Пальпация – метод, позволяющий определить эластичность, тонус кожи, повышение или понижение температуры кожи (рожистое воспаление, глубокая стафилодермия, эритродермия, болезнь Рейно, склеродермия и др.), расположение элемента (эпидермис, дерма, подкожная основа), его размеры, форму, консистенцию, спаянность с окружающими тканями, болезненность. При отеке определяют его интенсивность, наличие флюктуации (абсцесс, гидраденит), отсутствие болезненности (первичная сифилома). В случае подозрения на сифилис пальпацию нужно проводить в перчатках либо через 2-3 слоя марли.

Правила пальпации

1. Положение исследуемого должно быть удобным с обязательным психоэмоциональным и мышечным расслаблением. Несоблюдение этого правила затрудняет пальпацию, а порой она становится невозможной.
2. Положение врача также должно быть удобным, не вызывать напряжения и утомления. Обычно врач находится справа от пациента.
3. Руки врача должны быть теплыми, сухими, ногти коротко остриженными, а пальпирующая рука в достаточной мере тренированной.
4. Пальпирующие движения должны быть легкими и мягкими как при поверхностной, так и при глубокой пальпации. Резкие движения руки, выраженная компрессия вызывают рефлекторное сокращение мышц пациента, затрудняющее исследование, а также появление боли даже у здорового человека.
5. Исследуемый объект подлежит (где это возможно) обследованию со всех сторон.
6. Мягкие, подвижные органы и образования при пальпации прижимаются к плотной поверхности, а если она отсутствует, то **роль плотной поверхности выполняет вторая рука врача**, уложенная на поверхность тела с противоположной стороны.

Поскабливание (**граттаж**) - метод, позволяющий обнаружить скрытое шелушение кожи, определить его характер (муковидное, отрубевидное, мелкопластинчатое, крупнопластинчатое), плотность прикрепления чешуек к поверхности кожи, степень сухости и влажности, характер поверхности кожи под ними. Производится покровным стеклом или шпателем. Применяется при псориазе, разноцветном (отрубевидном) лишае, параспориизе и других дерматозах.

№ 4. Воспроизведение и оценка дермографизма.

Метод, позволяющий определить состояние вегетативной нервной системы, в частности рефлекторные реакции сосудистой стенки в ответ на раздражение кожи.

Методика: Тупым концом стеклянной палочки или ребром шпателя проводят по коже в области грудины или между лопатками полосу. Через 10-20 секунд, строго повторяя движение шпателя, появляется полоса. Дермографизм может быть белым, красным, уртикарным, стойким и не стойким. Кроме того, возможно дополнительное определение дермографизма в очагах.

При белом дермографизме, характерном для атопического дерматита, почесухи, полоса исчезает через 2-8 мин. Красный дермографизм (при экземе) появляется несколько раньше и держится значительно дольше, иногда до 1 часа и более. Реже наблюдается уртикарный дермографизм при крапивнице, и рефлекторный, при котором гиперемия появляется в виде полосы шириной до 3см.

№5. Определение болевой, тактильной, холодовой чувствительности.

При исследовании **тактильной чувствительности** разрыхленным комочком ваты прикасаются к определенному участку кожи больного, он отвечает: «чувствую» или «не чувствую». При этом он не должен видеть руки врача. Особую ценность представляет изучение тактильной чувствительности (так же как температурной и болевой) при лепре, сирингомиелии, болезни Реклингхаузена (нейрофиброматоз).

Для проверки **болевой чувствительности** пользуются обычной иглой. Лучше, чтобы глаза больного при исследовании были закрыты. Покалывание нужно производить то острием, то муфтой иглы. Больной отвечает: «остро» или «тупо». Следует продвигаться от зон с меньшей чувствительностью к зонам с большей чувствительностью. Если уколы наносятся слишком близко и часто, возможна их суммация; если же проведение замедленно, ответ больного соответствует предыдущему раздражению.

Температурная чувствительность проверяется с помощью пробирок с холодной (10-15 °С) и горячей (40–45°С) водой. Больного просят давать ответ: «горячо» или «холодно». Обе разновидности температурных ощущений выпадают одновременно, хотя иногда одна может быть частично сохранена. Обычно область нарушений тепловой чувствительности шире, чем холодовой.

№6. Симптом «булыжной мостовой».

Характеризуется появлением в нижней трети голени (симметрично) множества сгруппированных узелков размером 0,2-0,7см в диаметре, розового или желтовато-коричневого цвета, плотных на ощупь. При поглаживании их рукой ощущается неровность, напоминающая булыжную мостовую. Наиболее часто встречается при первичном амилоидозе кожи, бородавчатой форме красного плоского лишая и атипичных вариантах кожного саркоидоза. Похожие ощущения присутствуют в начальной стадии ограниченного нейродермита.

№7. Феномен «скомканной» папиросной бумаги (феномен Пospelова).

При взятии в складку атрофированного участка кожи он покрывается множеством мелких складок, чем напоминает «скомканную» папиросную бумагу. Встречается при хроническом атрофическом акродерматозе, прогрессирующей идиопатической атрофии кожи и других видах атрофий.

№8. Феномен Бенье-Мещерского.

Появление болезненности при попытке снятия чешуек в очаге поражения. Наблюдается при красной волчанке (эритематозе).

№ 9. Симптом «дамского каблука».

При снятии чешуйки с внутренней стороны видны шипики (симптом «дамского каблука»). Наблюдается при дискоидной красной волчанке. Симптом обусловлен фолликулярным гиперкератозом в устье фолликула волоса с образованием конусообразных шипиков на обратной стороне чешуйки.

№10. Симптом Андогского.

Двухсторонняя «атопическая катаракта», нередко заканчивающаяся помутнением хрусталика при atopическом дерматите.

№11. Симптом «очков».

Характеризуется отеком и эритемой вишнево-красного или лилового цвета, которые располагаются периорбитально при дерматомиозите.

№12. Синдром Готтрона.

Проявляется яркой эритемой, чаще на лице, шее, зоне декольте, плечах, над суставами, особенно проксимальными межфаланговыми и пястно-фаланговыми, на наружной поверхности бедер и голени. Характерное проявление дерматомиозита.

№13. Феномен Унны-Дарье.

Применяется для диагностики мастоцитоза (пигментной крапивницы). При интенсивном потирании пальцем или шпателем в области высыпаний в течение 15-20 сек. появляется гиперемия, отечность видимо здоровой кожи в месте трения, отечность и более яркая окраска элементов, что обусловлено выходом гистамина из тучных клеток.

№14. Симптом «терки» при фолликулярных кератозах

Наблюдается при красном волосяном лишае, лейкемидах и веретенообразной атрофии волос. Как правило, лейкемиды представлены милиарными папулами, конической формы, плотноватой консистенции, иногда с мелкими пузырьками на верхушке. При пальпации и поглаживании пораженного участка появляется ощущение «терки». Симптом напоминает таковой при дерматозах, сопровождающихся фолликулярным кератозом.

№15. Сетка Уикхема.

Феномен характерен для красного плоского лишая, на папулах при боковом освещении определяются белесовато-опаловые или серые точки и пересекающиеся линии в виде сетки, которые лучше видны при смазывании водой или жидким маслом водой или жидким маслом.

№16. Феномен Бенье

I – Болезненность возникающая при поскабливании папул красного плоского лишая.

II (феномен «стружки») - отторжение слабо сцепленных чешуек в виде «стружки» при поскабливании невоспалительных пятен наблюдается при отрубевидном лишае, так выявляется скрытое шелушение.

№17. Феномен Кебнера.

Появление свежих папулезных высыпаний (часто располагающихся линейно) на внешне неизменной коже, подвергающейся воздействию механических, физических или химических раздражителей. Изоморфная реакция развивается в среднем через 7-10 дней после воздействия раздражителя. Характерен для прогрессирующей стадии псориаза, красного плоского лишая, сифилиса и других нозологий.

№18. Феномен скрытого шелушения.

Наблюдается при парапсориазе, когда в процессе поскабливания папул на поверхности появляется отрубевидное шелушение.

№19. Симптом «коллоидной пленки».

Характеризуется наличием матово-белой чешуйки в виде тонкой пластинки, фиксированной в центре и отстающей по краям. Данный симптом наиболее типичен при лихеноидном парапсориазе с высыпаниями на внутренней поверхности плеч.

№20. Феномен «облатки».

На поверхности папулы имеется тонкая, округлая, серо-коричневого цвета чешуйка. При взятии кожи в складку или поскабливании происходит почти полное отделение чешуйки. Чешуйка может слегка прикрепляться по периферии, на участке не более 1мм, напоминая «крышку у шкатулки».

№21. Ободок Пильнова.

Наличие вокруг растущих папул и бляшек каймы ярко-розового цвета – венчик роста. Наблюдается при псориазе в прогрессирующей стадии.

№22. «Псевдоатрофический» ободок Воронова.

Появление вокруг псориатических папул зоны шириной в несколько миллиметров с нежной складчатостью эпидермиса. Возникает, когда рост псориатической папулы останавливается и начинается разрешение процесса.

№23. Симптом «наперстка».

Появление на ногтевой пластинке точечных вдавлений, располагающихся хаотично или рядами. Данные изменения лучше визуализируются в проходящем свете. Присутствует при псориазе, реже при красном плоском лишае и ряде других дерматозов.

№24. Симптом «масляного пятна».

В центре ногтевой пластины или латерально появляется очаг желтоватого или желтовато-коричневого цвета. Является начальным признаком поражения ногтей при псориазе и развивается в процессе подногтевого гиперкератоза.

№25. Воспроизведение пробы Бальцера.

Применяется для диагностики отрубевидного (разноцветного) лишая.

Методика: пятна смазывают 5% раствором йода (при отсутствии можно пользоваться анилиновыми красителями). Вследствие разрыхления рогового слоя в области высыпаний раствор йода впитывается в эти участки сильнее, и пятно окрашивается интенсивнее, чем окружающая здоровая кожа.

№26. Феномен Никольского.

При скользящем давлении (трении) пальцем на участке видимо не измененной кожи рядом с очагом поражения под пальцем сдвигается верхний слой эпителия в виде тонкой пленки, образуя эрозию при вульгарной пузырчатке.

Краевой феномен Никольского – при потягивании пинцетом за обрывки пузырной покрышки происходит краевая отслойка эпителия за пределы видимых границ пузыря более 0.5см.

Третий вариант, когда при надавливании на пузырь, под напором жидкости, происходит увеличение площади пузыря при вульгарной пузырчатке. Этот феномен называют также Асбо-Хансена.

№27. Феномен в модификации Асбо-Хансена.

При надавливании пальцем на неповрежденный пузырь его площадь увеличивается, так как давление жидкости приводит к отслойке эпидермиса по периферии.

№28. Симптом «груши».

При изменении положения тела больного (принятие вертикального положения) пузырь на коже принимает грушевидную форму, за счет перетекания жидкости в нижнюю часть пузыря при вульгарной пузырчатке.

№29. Феномен «пылинок».

Наблюдается при саркоидозе, во время диаскопии высыпаний визуализируются желтоватые или желтовато-бурые пятнышки (пылинки).

№ 30. Определение псориагической триады.

Поскабливание производят либо покровным стеклом, либо шпателем. Поскабливание папул позволяет выявить триаду характерных для заболевания феноменов.

Феномен стеаринового пятна: усиление шелушения при поскабливании даже гладких папул, при этом появляется некоторое сходство с каплей стеарина (за счет гиперкератоза, паракератоза, накопление липидов и липоидов в верхних слоях эпидермиса).

Феномен псориагической «терминальной» пленки: после полного удаления чешуек дальнейшим поскабливанием обнажается тончайшая нежная просвечивающая пленка, покрывающая папулу (базальная мембрана).

Феномен кровавой росы Полотобнова (феномен точечного кровотечения Ауспитца): при дальнейшем поскабливании (из-за выраженного папиломатоза сосочкового слоя дермы) после повреждения терминальной пленки на обнажившейся влажной поверхности возникает точечное (капельное) кровотечение.

№31. Феномен «яблочного желе».

Феномен «яблочного желе» - характерен для туберкулезной волчанки.

При надавливании предметным стеклом (диаскопия) на люпому из расширенных капилляров бугорка выдавливается кровь, пораженная ткань обескровливается, и появляется буровато-желтая окраска, напоминающая цвет яблочного желе. Иногда при этом можно заметить полупрозрачность бугорка.

№32. Феномен зонда Пospelова.

При туберкулезной волчанке мягкая, тестоватая консистенция люпомы вследствие гибели эластической и соединительной ткани приводит к тому, что при надавливании пуговчатым зондом он легко погружается в глубину ткани, как бы проваливаясь (симптом зонда Пospelова). При этом может появиться легкое кровоизлияние и незначительная болезненность.

№33. Симптом Арди.

Наличие пустул или гнойных корочек на локтях в их окружности. Характерно для чесотки.

№34. Симптом Горчакова.

Наличие кровянистых корочек и расчесов на локтях или в их окружности, что наблюдается при чесотке.

№35. Симптом ромба Михаэлиса.

При чесотке появляются кровянистые корочки и импетигиозные высыпания в межягодичной складке с переходом на пояснично-крестцовую область.

№36. Симптом Сезари.

Определение легкого возвышения при пальпации чесоточных ходов.

№37. Феномен «медовых сот».

В процессе надавливания на фолликулярный инфильтрат появляются фокусно расположенные капельки гноя на поверхности, в области пораженных волосяных фолликулов (часто при паразитарном сикозе).

№38. Феномен «плотного шнура».

Наблюдается при кольцевидной центробежной эритеме в виде уплотнения по периферии очага, определяемом при пальпации.

№39. Постановка пробы Ядассона.

Проба с калия йодидом имеет большую диагностическую ценность для дифференциальной диагностики герпетиформного дерматита Дюринга и истинной пузырчатки. Для герпетиформного дерматита характерна повышенная чувствительность больных к галогенам, в том числе к йоду. Пробу проводят в двух вариантах.

1. Местная: На свободный от высыпаний участок кожи предплечья накладывают 50 % мазь с калия йодидом, приготовленную на ланолине. Через 24, реже 48 ч на месте контакта с мазью возникает эритема, иногда пузырьки, папулы, аналогичные высыпаниям при герпетиформном дерматите Дюринга, либо наблюдается обострение основного процесса вне места наложения мази.

2. Общая: Больной принимает внутрь одну столовую ложку 3-5 % раствора калия йодида. Пробу считают положительной при обострении кожного процесса.

Более информативной является проба с приемом калия йодида внутрь, накожная проба у части больных с типичными проявлениями герпетиформного дерматита бывает отрицательной. Однако пробу с приемом калия йодида внутрь необходимо проводить крайне осторожно, особенно у детей и проводится на практике очень редко.

№40. Забор и исследование диагностического материала для идентификации патогенных грибов при диагностике грибковых заболеваний.

Для лучшей диагностики следует: прекратить обработку пораженных поверхностей какими-либо средствами, принимать противогрибковые препараты, не мочить исследуемое место в течение 3-х дней.

Методика: Кожные чешуйки получают путем поскабливания скальпелем или пинцетом. При взятии материала с волосистой части головы предпочтительно отбирать волоски с беловатым чехлом в основании или обломанные, короткие, перекрученные волоски и производить забор вместе с окружающей чешуйкой. При поражении гладкой кожи рекомендуется брать чешуйки, обрывки эпидермиса, покрышки пузырьков или пустул преимущественно с периферической части очага поражения. Ногтевые пластины состригаются ножницами или кусачками, возможно снятие пораженного участка при помощи скальпеля. Полученный материал помещается на предметное стекло, в сухую чашку Петри. Для обработки и просветления роговых образований кожи пользуются 0,1н раствором едкого кали. Мелкие частицы исследуемого материала помещают на середину предметного стекла, выпускают на них каплю едкой щелочи, затем осторожно накладывают покровное стекло. Излишки щелочи удаляют при помощи фильтровальной бумаги и исследуют под микроскопом.

№41. Люминисцентная диагностика микозов.

Осмотр лампой Вуда производится в темном помещении.

Люминисцентная диагностика микроспории.

Метод основан на свойстве волос, пораженных грибами рода *Microsporum* давать ярко-зеленое свечение при облучении его ультрафиолетовыми лучами (380 нм). Источником служит портативная ртутно-кварцевая лампа специальной конструкции отечественного производства. Для задержки длинноволновой части лучей используют фильтр Вуда - стекло, импрегнированное солями никеля. Этим методом можно обнаружить по характерному свечению пораженные грибом волосы головы, а также пушок на гладкой коже и шерсть животных. После смазывания очагов поражения мазями, раствором йода спиртовым 5 % цвет или свечение может искажаться, ослабляться или вообще исчезать. В этих случаях необходимо тщательно вымыть голову с мылом и повторить обследование через 3—4 дня. Достоверность изложенного выше метода необходимо обязательно подтвердить микроскопией волос, взятых из очага поражения. При осмотре отмечается зеленовато-изумрудное свечение волос, что говорит о микроспории. Ржавый микроспорум вызывает ярко-зеленое свечение волос, пушистый микроспорум бледно-зеленое, белесоватое, что позволяет дифференцировать антропофильную и зооантропофильную микроспорию волосистой части головы. Более темное свечение, напоминающее малахит, наблюдается при фавусе.

Люминисцентная диагностика отрубевидного лишая.

Метод применяется для обнаружения очагов поражения на волосистой части головы. В темной комнате освещают лампой Вуда волосистую часть головы. Очаги поражения имеют золотисто-желтое, желто-коричневое или буроватое свечение. Выявление участков поражения на волосистой части головы имеет большое значение для лечения отрубевидного лишая, так как практические врачи часто забывают об этой локализации, что приводит в дальнейшем к рецидивам заболевания.

Люминесцентная диагностика эритразмы.

Метод применяется для отличия эритразмы от паховой эпидермофитии, рубромикоза. Очаги поражения исследуют в лучах лампы Вуда. При эритразме (очаги поражения предварительно не должны подвергаться местной терапии) наблюдается характерное кораллово-красное свечение, которое более выражено в периферической зоне.

№42. Люминесцентная диагностика в дерматологии.

Люминесцентная диагностика при факоматозах (туберозный склероз), витилиго.

Обследование проводят в затемненной комнате с помощью лампы Вуда после адаптации исследователя к темноте. Метод дает возможность обнаружить участки кожи в самом начале депигментации (при туберозном склерозе: пятна- «листья», пятна-«конфетти»). На фоне темной кожи четко контурируются светлые, ярко-белые участки различной величины и очертаний, невидимые при обычном освещении. Края пятен резко пигментированы.

Люминесцентная диагностика красной волчанки красной каймы губ.

При освещении лампой Вуда контуры пораженных очагов видны четко, размеры их больше, чем при обычном освещении. Зоны гиперкератоза светятся снежно-белым цветом, участки атрофии — белесоватым. В очагах поражения на губах отмечается белое свечение с голубоватым оттенком, при остром процессе и отсутствии атрофии — свечение голубоватого цвета. При актиническом хейлите и лейкоплакии, которые могут немного напоминать красную волчанку, свечение отсутствует.

Люминесцентная диагностика поздней порфирии кожи.

У больного собирают суточную мочу в емкость из темного стекла. Для предупреждения гнилостных процессов в моче, которые могут изменить цвет и прозрачность ее, в емкость добавляют 10—15 мл толуола. Из собранной суточной мочи (можно взять разовое количество мочи после ночного удержания) отливают в пробирку 5 мл, помещают ее под люминесцентную лампу Вуда. Реакцию считают положительной, если исследуемая моча имеет красную флюоресценцию, у здоровых людей она дает голубовато-белое свечение.

№ 43. Дезинфекция обуви.

Дезинфекция обуви в общественных местах производится в пароформалиновой камере.

Личная профилактика:

1. Ватным тампоном, смоченным 25% р-ром формалина, протирают стельку и подкладку обуви. Тампон оставляют в обуви. Затем помещают в полиэтиленовый мешок на сутки. Затем обувь проветривают.
2. Смазать обувь изнутри тампоном, смоченным в растворе уксусной кислоты 40% (эссенции). Завернуть в целлофановый пакет на сутки, затем обувь проветрить.
3. Средства для обработки обуви: Дактарин-спрей, Микоспор-спрей и др.
4. Носки, чулки дезинфицируют кипячением в течение 10 минут. Носки, колготки прогладить горячим утюгом с 2х сторон.

№ 44. Исследование на чесоточного клеща.

Существует два метода лабораторной диагностики чесотки:

Извлечение клеща иглой – смазывают подозрительный элемент 5% спиртовым раствором йода, анилиновыми красителями. Красящее вещество проникает через отверстия в крыше хода, они прокрашиваются и хорошо визуализируются. Остатки красящих веществ удаляют тампоном смоченным спиртом. Стерильной одноразовой иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного возвышения, острие иглы продвигают по направлению хода. Извлекают самку клеща, которая своими присосками прикрепляется к игле, помещают на предметное стекло в каплю 40% молочной кислоты и исследуют под микроскопом.

Метод соскобов позволяет обнаружить содержимое чесоточного хода (самку, яйца, яйцевые оболочки, личинок, нимф, экскременты). Стеклой палочкой каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через 5 мин разрыхленный эпидермис соскабливают скальпелем до появления крови. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют.

№ 45. Исследование на клеща-железницу.

Угревая железница (*demodex folliculorum*) – клещ, может сапрофитировать в сальных железах носогубных складок и Мейбосевых железах.

Метод забора: для исследования берутся ресницы или отделяемое из кожных элементов на лице, соскоб с кожи лица или секрет сально-волосных фолликулов в области носо-щечных складок. Пациента просят не умываться с вечера накануне исследования. Материал помещается на сухое предметное стекло и рассматривают нативным, в первые 5-10 мин после забора материала. Если предполагается транспортировка - полученный материал заливается глицерином и доставляется в лабораторию (несколько капель глицерина капаются на предметное стекло с материалом при нанесении глицерина), затем материал накрывается покровным стеклом (при накрытии покровным стеклом глицерин не вытекал из-под него) помещается в чашку Петри; возможен сбор материала в пробирку эпиндорф.

№ 46. Исследование на акантолитические клетки.

Цитологический метод диагностики (цитодиагностика по Тцанку) предусматривает получение мазков-отпечатков со дна свежей эрозии. Метод незаменим при дифференциальной диагностике пузырчатки и герпетиформного дерматоза Дюринга.

Методика: с поверхности дна свежего пузыря скальпелем или путем прикладывания и легкого надавливания кусочком простерилизованной кипячением ученической резинки (метод отпечатков) берут материал и переносят на стерильные обезжиренные предметные стекла, фиксируют в течение 1 мин метиловым спиртом, высушивают при комнатной температуре и окрашивают по Романовскому-Гимзе, наносят на 20-25мин свежеприготовленный раствор тазур-эозина, затем смывают краситель дистиллированной водой высушивают мазки при комнатной температуре. После приготовления и окраски препараты исследуют под микроскопом при увеличении 10X40. При последующей микроскопии препаратов обнаруживают акантолитические клетки – это изменившиеся клетки шиповатого слоя, которые подверглись акантолизу и дегенерировали и отличаются от нормальных клеток этого слоя:

- 1) они круглые (овальные), разобщены, величина меньше нормальных кератиноцитов,
- 2) ядра интенсивно окрашены,

- 3) в увеличенном ядре можно обнаружить 2-3 крупных ядрышка,
- 4) цитоплазма клеток резко базофильна, окрашивается неравномерно; вокруг ядра образуется светло-голубая зона, а по периферии сгущение окраски в виде интенсивного синего ободка (ободок концентрации),
- 5) акантолитические клетки при пузырьчатке могут образовывать клетки-симпласты, содержащие несколько ядер.

№47. Криотерапия жидким азотом и снегом угольной кислоты.

Криотерапия, или воздействие холодом на нервные окончания кожи и рефлекторно на вегетативную нервную систему широко и давно применяют при лечении различных заболеваний кожи и косметических недостатков. В косметологии для криотерапии применяют жидкий азот и снег угольной кислоты. Жидкий азот имеет низкую температуру ($-195,8^{\circ}\text{C}$), не токсичен, не взрывоопасен, химически инертен, не воспламеняется, хранится и транспортируется в специальных сосудах Дюара. При обработке холодом происходит облитерация мелких сосудов, препятствующая притоку крови к очагу поражения, повышается проницаемость стенок сосудов, усиливается экссудация плазмы и форменных элементов крови, происходит рассасывание патологических элементов. Криотерапия оказывает жаропонижающее, противовоспалительное, противозудное и обеззараживающее действие. Показаниями для применения криотерапии являются гиперкератоз, угревая сыпь, увядающая кожа, contagiозный моллюск, диффузная круговая алопеция, бородавки, папилломы, кондиломы и келоидные рубцы.

Для проведения манипуляций используют различные аппликаторы, форма которых и время воздействия зависит от диагноза. Так, при удалении бородавок и папиллом в качестве аппликатора используют деревянную палочку длиной 30 см с заостренным концом, на который накручивается небольшой ватный тампон. Аппликатор опускают в термос с жидким азотом, быстро с небольшим давлением прикладывают к бородавке и держат 10-20 с. Манипуляцию повторяют 2-3 раза. Возникает пузырь с серозной жидкостью, который держится 5—7 дней, затем, уменьшаясь, образует корочку. Через 10-12 дней можно повторить процедуру.

Массаж жидким азотом (при розацеа, увядающей коже или алопеции) проводят широким аппликатором по 3-4 секунды до быстро исчезающего побледнения в течение 10 минут. Процедуры повторяют через 1-2 дня, на курс — 10-15 процедур. Помимо жидкого азота лечение холодом можно проводить снегом угольной кислоты. Углекислота в жидком состоянии хранится в баллоне. На вентиль надевают мешочек из плотной ткани и медленно, открывая и закрывая кран, выпускают углекислоту, которая превращается в снег с температурой -78°C . Между процедурами кожу обрабатывают 70% этиловым спиртом, а затем проводят криомассаж комком снега в марле круговыми движениями по 1 - 5 секунды 10 минут. Процедуру проводят также 3 раза в неделю количеством 15 - 20 сеансов.

№48. Проведение отслойки по Ариевичу.

Отслойка по Ариевичу: под компрессионную повязку накладывается отслаивающая мазь Ариевича для отслойки рогового слоя на 48 часов. Здоровую кожу вокруг очагов поражения для предотвращения попадания мази смазывают цинковой пастой.

Rp: Ac. Salicylici 12,0

Ac. Lactici 6,0

Ac. Benzoici 6,0

Vaselinia 100,0

M.D.S. На очаги на 12 (48) часов под пленку.

№49. Выписать, оформить рецепты на основные лекарственные средства, применяемые в дерматологии.

Присыпки:

1) Rp.: Zinci oxydati

Talci veneti

Dermatoli aa 15,0

M.D.S. Присыпка в складки.

2) Rp.: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli tritici aa 10,0

M.D.S. Присыпка

Болтушки:

1) Rp.: Zinci oxydati

Talci veneti

Glycerini aa 25,0

Aq. destillatae ad 250,0

M.D.S. Перед употреблением взбалтывать

2) Rp.: Zinci oxydati

Talci veneti

Amyli tritici aa 25,0

Glycerini

Sp. Vini rectific. 96% aa 25,0

Aq. destill. ad 250,0

M.D.S. Наружное (спиртовая болтушка)

Пасты:

1) Rp.: Zinci oxydati

Amyli tritici aa 10,0

Vaselini 20,0

M.D.S. Паста на очаги

2) Rp.: Zinci oxydati

Talci pulverati

Lanolini

Vaselini aa 10,0

M.D.S. Паста на очаги экземы

Мазь:

Rp.: Ac. salicylici 2,0

Ichthyoli 5,0

Naphthae-Naphthalani 10,0

Vaselini ad 100,0

M.D.S. Мазь на очаги псориаза.

Лак: Rp.: Ac. Lactici

Ac. Salicylici

Resorcini aa 10,0

O1. Ricini 3,0

Collodii elastici ad 100,0

M.D.S. Лак для смазывания вульгарных, подошвенных бородавок, мозолей, а также ногтевых пластинок, пораженных грибом.

№50. Методика взятия биопсии кожи

При биопсии используется следующие 2 способа взятия материала: **инцизионный и пункционный.**

Инцизионный метод: производится скальпелем иссечение на всю глубину кожи (2-3 мм) сформированного элемента (например папулы) с частичным (4-5-7 мм) или полным иссечением пораженных участков. При буллезных дерматозах предпочтительно производить биопсию на видимо здоровой коже. При необходимости производится глубокая биопсия с подкожножировой клетчаткой (при узловатых ангиитах, паникулитах, глубокой красной волчанке и др.), или фасцией (при синдроме Шулмана) или мышцей (при дерматомиозите). Глубокая биопсия проводится хирургом.

Алгоритм проведения инцизионной биопсии:

1. Введение местного анестетика. Обычно вводят 0.5-2% 5.0 р-ра лидокаина внутривожно и подкожно с образованием лимонной корочки.

2. Через 2-3 минуты прикасаясь иглой спрашиваем - «остро» или «тупо», и при наступлении анестезии, скальпелем и производится 2-х сходящихся друг с другом полукруглых разреза, образующих в результате эллипс (7х3мм).
3. Наложение швов (1-2 шва)
4. Асептическая повязка

Пункционная (трепанационная) биопсия проводится с использованием специального панча (трубчатого ножа), которым забирают столбик (трепан) тканевого материала.

1. Введение местного анестетика. Обычно вводят 0.5-2% 5.0 р-ра лидокаина внутривенно и подкожно с образованием лимонной корочки.
2. Введение пункционного трубчатого ножа диаметром 3-4 мм.
3. Извлечение столбика тканевого материала (его основание отсекают).
4. Наложение гемостатической губки.

Материал, полученный каждым из этих методов, фиксируют в 10% растворе формалина или для иммуногистохимического исследования оставляют в физиологическом растворе и срочно доставляют в патогистологическую лабораторию.

№51. Определение биодозы УФО.

При УФ облучении единицей измерения интенсивности УФ - радиации является биодоза. Биодозой называется время облучения, необходимое для получения на коже наиболее слабой пороговой, но равномерной и ясной эритемы. Биодозу определяют биодозиметром на расстоянии излучателя от поверхности кожи 50 см через 10-15 мин после включения прибора. Биодозиметр представляет собой металлическую пластинку с шестью прямоугольными отверстиями, размером 1х3 см и передвигающейся крышкой.

Методика определения биодозы по Дальфельду-Горбачеву. На живот (здоровый незагорелый участок кожи) больного накладывают биодозиметр с закрытыми отверстиями и фиксируют так, чтобы плотно прилегал к коже и не сдвигался, остальные части тела должны быть тщательно укрыты. Открыв одно окошко облучают этот участок кожи в течение (15сек.-30сек.-1мин.) в зависимости от средней биодозы лампы. Затем, не закрывая первого окошка, открывают второе и продолжают облучение и т.д. Таким образом, получают шесть участков кожи, облученных в течение шести различных отрезков времени. Минимальное время, за которое возникает минимальная эритема, зависит от индивидуальной чувствительности больного. На облученных участках эритема появляется через 6-8 часов, однако практически результаты определения биодозы устанавливают через 20-24 часа после облучения.

Для определения биодозы предложена формула:

$$X=A \cdot B / C,$$

Где X- искомая биодоза,

A- фактически определенная биодоза

B- расстояние в см для искомой биодозы

C- стандартное расстояние для определения биодозы.

№52. Знать принципы физиотерапевтического лечения в дерматологии.

УВЧ терапия - метод лечения электрическим полем (ЭП) ультравысокой частоты (40,68 МГц), обладающий большой проникающей способностью в ткани на расстоянии. Под влиянием электрического поля УВЧ наступает стойкое расширение сосудов, до нескольких дней и ускорение крово- и лимфооттока, усиливаются иммунологические процессы, особенно фагоцитоз, проявляется противовоспалительное, антиспазматическое, обезболивающее и бактериостатическое действие, противоотёчное (дегидратирующее) действие, разрастание соединительной ткани, ускоряются процессы регенерации, рост грануляций и образование струпа.

Показания: атопический дерматит, глубокие формы пиодермии: (фурункул, карбункул, гидраденит, абсцесс, мастит), бластомикоз глубокий, актиномикоз, тромбофлебит, опоясывающий лишай, паннукулиты, псориаз, псориатический артрит, трофическая язва, эритема узловатая, распространенный псориаз, алопеция, обморожения, гнойные раны, гонорейный простатит, везикулит, эпидидимит, уретрит, менингит, сифилитический лимфогранулематоз паховый.

Противопоказания: злокачественные опухоли, склонность к кровотечениям, новообразования кожи, беременность, активный туберкулёз, выраженная гипотония, заболевания крови, диабет, аневризма аорты, металлические тела в области воздействия размером более 2х2 см, инфаркт миокарда в острый период, наличие вживлённого кардиостимулятора.

Микроволновая терапия дециметровая терапия (аппаратом «Солнышко»).

Метод лечения энергией электромагнитного поля микроволнами дециметровой волны (460 МГц). Под воздействием дециметровой терапии прогреваются ткани на глубину 8-10 см, происходит расширение сосудов, повышение проницаемости капилляров и усиление обмена веществ. Микроволны обладают обезболивающим, противовоспалительным, бактериостатическим и десенсибилизирующим действием, улучшают трофику тканей, стимулируют регенеративные процессы, функцию коры надпочечников и основных процессов ЦНС. Микроволны дециметрового диапазона равномерно поглощаются тканями, исключается перегрев подкожной жировой ткани, обладают более выраженным десенсибилизирующим действием, применяются при более выраженных аллергических компонентах и воспалительных процессах.

Показания: атопический дерматит, ограниченный нейродермит, псориаз, красный плоский лишай, хроническая экзема, опоясывающий лишай, очаговая склеродермия, узловатая эритема, васкулиты (ангииты) кожи, стафилококковый сикоз, трофические язвы, ожоги, отморожения, облитерирующий эндартериит, псориатический артрит, послеоперационные инфильтраты, простатит, везикулит, эпидидимит, гидраденит, абсцесс, карбункул, лимфаденит.

Противопоказания: новообразования, активный туберкулез легких, сердечно-сосудистая недостаточность II – III ст., инфаркт миокарда в острой стадии, диабет, тиреотоксикоз, гипертоническая болезнь III ст., выраженный атеросклероз, склонность к кровотечениям, дерматозы в острой стадии, стрепто-стафилодермия с явлениями лимфаденита, беременность, заболевания крови, наличие металлических тел и отеков в области воздействия.

Ультразвуковая терапия (аппаратом УЗТ 1-07).

Метод лечения механическими колебаниями упругой среды с частотой выше 20 кГц. Для лечебных целей применяют частоту 880 кГц. УЗ колебания проникают в ткани на глубину 4-6см. Механизм лечебного действия играют механический, тепловой физико-химический и нервно-рефлекторные факторы. Механические колебания – микромассаж – образование эндогенного тепла. УЗ ускоряет процессы регенерации и репарации, рассасывание инфильтратов, травматических отеков, экссудатов и кровоизлияний, оказывает противовоспалительное и обезболивающее действие, улучшает функцию симпатико-адреналовой системы, способствует более нежному рубцеванию и рассасыванию рубцовой ткани, связанной с расщеплением пучков коллагеновых волокон на отдельные фибриллы. УЗ – катализатор физико-

химических, биофизических и биохимических процессов с активацией ферментативной деятельности, активизируется секреторная функция кожи – увеличивается количество функционирующих сальных и потовых желез, возрастает экскреция липидов и хлоридов, повышаются бактерицидные свойства, барьерно-защитная функция кожи, нормализуется ее реактивность. Оказывает выраженное противовоспалительное, обезболивающее, спазмолитическое, противоэрозивное, фибринолитическое, рассасывающее, трофическое, гипосенсибилизирующее и антиаллергическое действие.

Фонофорез– введение в ткани ультразвуком лекарственных веществ, при этом действие УЗ усиливается фармакологическим влиянием вещества. Лекарства депонируют в коже, а оттуда поступают через 10-12ч. Лекарственные вещества дольше находятся в организме.

Показания: атопический дерматит, чесотка, псориаз, красный плоский лишай, зуд кожи, опоясывающий лишай, хроническая рецидивирующая крапивница, хроническая экзема, ограниченная и системная склеродермия, васкулиты кожи, лейкоплакия наружных половых органов женщин, келоиды, подошвенные бородавки, трофические язвы, гнойно-воспалительные и рубцово-спаечные процессы, стриктуры уретры.

Противопоказания: инфекционные заболевания, выраженный атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь III ст., тромбофлебит, болезни крови, склонность к кровотечению, беременность, инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, дисэнцефальный синдром, злокачественные опухоли.

Гальванизация (аппаратом Поток 1).

Лечение постоянным током низкого напряжения и малой силы. Происходит стимуляция трофической функции нервной системы с соответствующими функционально-динамическими сдвигами со стороны различных систем, органов и тканей организма.

Показания: нейродермиты (диффузный, ограниченный), атопический дерматит, чесотка, кожный зуд, крапивница, склеродермия, узловатые васкулиты, псориаз, келоидные рубцы, сифилис, менингоэнцефалит, увеит, кератит, гонорейный простатит, эпидидимит, везикулит.

Противопоказания: нарушение целостности кожи в местах расположения электродов, злокачественные новообразования, лихорадочное состояние, гипертоническая болезнь III ст., сердечно - сосудистая недостаточность II-III ст., склонность к кровотечениям, острые гнойные воспалительные заболевания, экзема, обширные дерматиты, вторая половина беременности, системные заболевания крови, резко выраженный атеросклероз.

Электрофорез– метод сочетанного одновременного применения с лечебной целью постоянного тока и лекарственного вещества, вводимого током через неповрежденную кожу или слизистую оболочку. Преимущество электрофореза – введение в толщу кожи без нарушения её целостности; можно ввести одновременно несколько лекарственных веществ на глубину до 3-х мм, создается «депо» ионов и частиц лекарственных веществ, фармакологическая активность сохраняется до 3-х недель.

Показания: нейродермиты (диффузный, ограниченный), атопический дерматит, почесуха, кожный зуд, крапивница, склеродермия, узловатые васкулиты, псориаз, келоидные рубцы, сифилис, менингоэнцефалит, увеит, кератит, гонорейный простатит, эпидидимит, везикулит.

Противопоказания: нарушение целостности кожи в местах расположения электродов, злокачественные новообразования, лихорадочное состояние, гипертоническая болезнь III ст., сердечно-сосудистая недостаточность II-III ст., склонность к кровотечениям, острые гнойные воспалительные заболевания, экзема, обширные дерматиты, вторая половина беременности, системные заболевания крови, резко выраженный атеросклероз.

Соллюкс– инфракрасные и видимые лучи, нервно-рефлекторные механизмы. Тепловой эффект в виде повышения местной температуры.

Показания: острые негнойные хронические воспалительные процессы, особенно в ранней стадии, когда еще нет выраженного кровенаполнения и в стадии обратного развития, невралгии, экзема, вяло заживающие раны и язвы, обморожения, ожоги. Противопоказания: новообразования, недостаточность кровообращения II-III ст., кровотечения, острогнойные процессы.

Показания: нейродермит, атопический дерматит, хроническая экзема, красный плоский лишай, псориаз, угревая болезнь, алопеция, облысение, мягкие фибромы, бородавки, папилломы, трофические язвы, длительно незаживающие раны, эрозии, трещины, патологические грануляции, варикозное расширение вен, геморрой, лимфостазы, болезнь Рейно, простатит.

Противопоказания: злокачественные новообразования, активный туберкулез легких, сердечно - сосудистая недостаточность II –III ст., кровотечения.

Амплипульстерапия (аппаратом ЭТЭР).

Метод импульсной электротерапии, основанный на применении переменного синусоидального тока средней частоты, модулированного синусоидального, низкой частоты. Оказывает обезболивающее, трофическое, антиспазматическое, ганглиоблокирующее, противоотечное и противовоспалительное действие, улучшает функциональное состояние нервно-мышечного аппарата и ЦНС.

Показания: лимфостаз нижних конечностей, опоясывающий лишай, алопеция, зуд кожи.

Противопоказания: новообразования, заболевания крови, сердечно-сосудистая патология, аритмия, туберкулез легких.

Лазеротерапия- (низкоинтенсивное лазерное излучение) Аппарат «Мустанг», «Ягода» и др. Метод светолечения, основанный на применении электромагнитных волн оптического диапазона, имеющих уникальные свойства: монохроматичность, когерентность, поляризованность.

Оказывает противовоспалительное, обезболивающее, сосудорасширяющее, противоотечное, бактериостатическое и десенсибилизирующее действие, стимулирует репаративные процессы, улучшает иммунобиологическую реактивность организма, стимулирует фибропластические процессы, подавляет экссудативные и пролиферативные процессы. Возможно воздействие на очаги поражения, над сосудистыми пучками и по схемам рефлексотерапии по биологически активным точкам (рефлексотерапия).

Показания: экзема, трофическая язва, длительно незаживающие раны, зуд кожи, нейродермит, атопический дерматит, ожоги, васкулит кожи, красный плоский лишай, опоясывающий лишай, келоидные рубцы, рецидивирующий герпес, трещины заднего прохода, анальный зуд, липоидный некробиоз, склеродермия, язвы различного происхождения, сиригмиолия, отморожения, пролежни, фурункулез, гнойно-воспалительные процессы.

Противопоказания: инсульт в остром периоде, недостаточность кровообращения 3 степени, тиреотоксикоз, сахарный диабет нелеченный, злокачественные новообразования, активный туберкулез легких, кровотечения и склонность к ним, инфаркт миокарда, аритмия.

Ультрафиолет и методы лечения, с применением ультрафиолетового излучения.

Коротковолновые ультрафиолетовые лучи (UVC) 100-280 нм

Средневолновые ультрафиолетовые лучи (UVB) 280-320 нм

Длинноволновые ультрафиолетовые лучи

УФА II (UVAII короткие 320-340 нм)

УФА I (UVAI длинные 340- 400 нм)

Следует отметить, что проникающая способность того или иного излучения через кожу человека зависит от длины волны, что имеет первостепенное значение в назначении лечения различных кожных болезней, когда патологический процесс локализуется в том или ином слое кожи или подкожной жировой клетчатки (гиподермы); средневолновые лучи (УФБ; UVB) проникают через роговой слой и достигают шиповатого слоя эпидермиса, а длинноволновые лучи (УФА; UVA) , проникая через эпидермис, достигают сосочкового и сетчатых слоев дермы.

Широкополосная УФБ-терапия (прежнее название — селективная фототерапия СФТ) - комбинация средневолнового излучения на длине волн 295-330 нм с длинноволновым ультрафиолетовым облучением (УФА).

Ультрафиолетовое излучение обладает противовоспалительным и иммуномодулирующим действием. Важно отметить, что иммуномодулирующий эффект для различных спектров ультрафиолетового излучения идентичен. В основном он оказывает иммуносупрессивное действие, фотоиммунологический эффект ультрафиолетового излучения обусловлен глубиной проникновения ультрафиолетовых лучей. Если УФБ - лучи в основном воздействуют на эпидермальные кератиноциты и клетки Лангерганса, то УФА — лучи проникают в более глубокие слои кожи и таким образом воздействуют на дермальные фибробласты, дендритические клетки, эндотелиоциты и клетки воспалительного инфильтрата (Т-лимфоциты, тучные клетки, гранулоциты), а также усилением механизмов старения (апоптоза) клеток, вовлеченных в патогенез заболевания.

Механизм действия УФ -излучения обусловлен также тем, что ультрафиолетовые лучи поглощаются внутриклеточными хромосомами (ДНК, расположенная в клеточном ядре). Абсорбция ультрафиолета нуклеотидами ведет к образованию фотопродуктов ДНК, в основном пиримидиновых димеров. В настоящий момент неизвестно, как именно фотопродукты ДНК влияют на деление и созревание клеток. Известно, что УФ - излучение подавляет синтез ДНК, в частности, избыточную продукцию ДНК в эпидермоцитах.

Показания: псориаз, экзема, кератодермии, витилиго, атопический дерматит, красный плоский лишай, чесотка.

Ультрафиолетовая расческа

UV 1091 для UVA, PUVA и UVB-терапии (узкий и широкий спектр), UVB лампы излучают в диапазоне 280-350 нм, максимум в 310 нм. UVA лампы имеют длину волны 315 нм-400 нм, максимум 355-365 нм. UVB лампы узкого спектра 310-315 нм, с максимумом в 311 нм.

Показания: поражение волосистой части головы при псориазе, atopическом дерматите, себорейной экземе.

Локальное лечение с этим оборудованием, которое поставляется с UVB или UVA лампами, является рентабельным, эффективным и интенсивным методом. Длительность процедуры задается на прилагаемом электронном таймере.

Противопоказано нанесение мазевой основы на в/ч головы во избежание ожогов.

Узкополосная средневолновая фототерапия 311 нм.

Кабина (Valdmann) оснащена электронным цифровым пультом управления, вентиляторами с приточно - вытяжной системой циркуляции воздуха, алюминиевыми зеркальными отражателями для достижения равномерного облучения всего тела.

УФБ -лучи проникают через роговой слой и достигают шиповатого слоя эпидермиса, воздействуют на эпидермальные кератиноциты и клетки Лангерганса.

При псориазе и других пролиферативных болезнях кожи эпидермальные кератиноциты могут являться мишенью для УФБ – лучей. Иммуносупрессия, изменение экспрессии цитокинов и клеточного цикла - все эти факторы могут играть важную роль в объяснении терапевтического эффекта УФБ - излучения.

УФБ-лучи производят выраженное эритемное действие: в 500- 1000 раз более активны при воздействии на кожу, чем длинноволновые УФ- лучи.

Показания: псориаз, atopический дерматит, чесотка, парapsoriasis, красный плоский лишай, витилиго, ихтиоз, лимфома кожи, себорейный дерматит.

При УФ - облучениях единицы измерения интенсивности УФ радиации является биодоза. Биодозой называется время УФ - облучения, необходимое для получения на коже наиболее слабой, пороговой, но равномерной и ясной эритемы. Биодозу измеряют на здоровой незагорелой коже живота. Чувствительность кожи к УФ - лучам индивидуальна. УФ лучи частично или полностью задерживаются следующими веществами: бриллиантовая зелень, метиленовый синий, йодной настойкой, раствор риванола, калия перманганата, пастами, мазью Вишневского.

ПУВА (фотохимиотерапия). Фотохимиотерапия основана на сочетанном применении фотосенсибилизаторов и длинноволновых УФ -лучей (UVA)(320-400 нм). В качестве фотосенсибилизатора применяются препараты фурукумаринового ряда, назначаемые за 1 час (оксорален) или за 2 часа (аммифурин, оксорален) до облучения. Фотохимиотерапевтические свойства 8-МОП зависят от способности псораленов ковалентно соединяться с пиримидиновыми основаниями в ДНК, причем это происходит только в присутствии УФА. Перекрестные соединения псораленов с ДНК ведут к подавлению синтеза ДНК и клеточного деления. Фотохимиотерапия усиливает меланогенез и способствует отложению в коже меланина.

Показания: Псориаз, atopический дерматит, витилиго, красный плоский лишай, склеродермия, alopecia, грибовидный микоз, парapsoriasis.

Фототерапия УФА - лучами (370нм) без фотосенсибилизаторов проводится высокими дозами УФА- лучей.

Показания: atopический дерматит, бляшечная склеродермия,

Лечение начинают после клинико-лабораторных обследований для выяснения противопоказаний к УФ - облучениям: клинические и биохимические показатели крови, особенно трансаминазы АЛТ и АСТ, гамма-ГТ; консультация специалистов - терапевта, окулиста, эндокринолога, для женщин - гинеколога.

Противопоказания:

- Декомпенсированные заболевания внутренних органов
- Острые болезни почек, печени
- Злокачественные опухоли кожи и внутренних органов
- Катаракта
- Беременность и лактация
- Повышенная чувствительность к УФО
- Фотохимиотерапию не рекомендуется применять детям, моложе 18 лет и пожилым более 70 лет.

Фотодинамическая терапия

Аппарат PhotoDyn 750 для диагностики и лечения лучами видимого, синего и инфракрасного спектров излучения. Прибор работает в видимом спектре и инфракрасном спектре А-излучения, прошедшем фильтрацию через воду.

- При фотодинамической терапии с фотосенсибилизаторами из группы порфиринов (5-АЛА) при лечении базалиом, актинического кератоза, болезни Бовена, псориаза, простого лишая Видаля, бородавок.
- Лечение синим светом (акне, розацеа, микробная экзема, гангренозная пиодермия и др.)
- Лечение с использованием коротковолнового инфракрасного излучения при хронических дегенеративных воспалительных процессах, при лечении трофических язв, бляшечной склеродермии.

№53. Пункция лимфатических узлов.

Производится при подозрении на сифилис в серонегативный первичный период в случаях, когда при исследовании тканевой жидкости поверхности шанкра не выявлены бледные трепонемы или когда из-за фимоза исследование ее невозможно. Данную манипуляцию производят также у тех больных, у которых к моменту обращения их к врачу наступила эпителизация эрозивного шанкра.

Исследуют регионарный склераденит, кожу над которым обрабатывают раствором йода спиртовым 5 %. Затем шприцем емкостью 2 или 5 мл с хорошо притертым поршнем и короткой толстой иглой делают прокол в центре бубона по его длинной оси на глубину 1—1,5 см. Производят энергичный массаж узла с постепенным извлечением из него иглы и поднятием поршня. Возможно, предварительно вводить в исследуемый лимфатический узел 0,1-0,2 мл изотонического раствора натрия. Если игла была введена правильно, то в пунктате должны быть лимфа, без крови. Взятую таким способом жидкость исследуют под микроскопом в темном поле зрения. При наличии сифилиса и правильной технике выполнения пункции бледную трепонему обнаруживают в 80—85 % случаев.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ В ВЕНЕРОЛОГИИ

№1. Воротничок Биетта.

Определение скудного шелушения на поверхности сифилитической папулы, более выраженное по периферии. Особенно хорошо выражен при ладонно-подошвенном папулезном сифилиде.

№2. Инфильтрация Гохзингера.

Инфильтрат диффузный сифилитический локализуется вокруг естественных отверстий, на коже ладоней, подошв, лица, волосистой части головы, задней поверхности бедер и ягодиц. Кожа утолщается, теряет эластичность, становится темно-красного цвета, напряженной. Поверхность пораженного участка гладкая, при этом плач, акт сосания, мацерация приводит к образованию глубоких трещин, заживающих с образованием рубцов. Симптом характерен для раннего врожденного сифилиса.

№3. Алопеция по типу «меха, изъеденного молью».

Появление мелких очагов выпадения волос в области темени и висков. Характерен для вторичного периода сифилиса.

№4. «Омнибусный диагноз».

Выпадение волос в виде мелких очагов в области бровей во вторичном периоде сифилиса.

№5. Симптом Пинкуса.

Последовательное выпадение бровей (чаще с латеральной стороны) и ресниц с последующим их отрастанием, что способствует неравномерной длине («ступенчатые ресницы»). Является проявлением алопеции при вторичном сифилисе и определяется при смыкании век.

№6. Симптом Ядассона.

При надавливании на сифилитическую папулу тупым зондом появляется болезненность.

№7. Симптом «козырька».

При локализации шанкра в области внутреннего листка крайней плоти обнажение головки полового члена приводит к появлению так называемого «козырька» за счет плотного хрящевидного уплотнения в основании первичной сифиломы. Данный симптом особенно выражен при язвенной форме шанкра.

№8. Симптом «скошенного луга».

Определяется при локализации сифилитических папул на языке в виде исчезновения сосочков на его слизистой.

№9. Реакция Яриша-Лукашевича-Герксгеймера.

Реакция обострения в первые сутки лечения сифилиса как реакция организма на распад бледных трепонем. Возникает через 6-7 часов после первой инъекции антибиотиков и характеризуется резким подъемом температуры (до 40С), ознобом, появлением яркой розеола или усилением яркости и отечности сифилитических розеол. Выраженность реакции определяется давностью процесса, дозой препарата и индивидуальной реактивностью организма. Реакция более характерна для ранних форм сифилиса и реже встречается при поздних формах.

№ 10. Исследование стенки уретры на прямом буже.

Используется при диагностике и лечении хронических уретритов у мужчин, реже — у женщин. С этой целью применяют бужи различных диаметров (от № 19 до № 30) в зависимости от ширины наружного отверстия мочеиспускательного канала.

Применяют бужи: прямые, изогнутые, полутвердые, эластичные, нитевидные, головчатые.

Больного помещают в урологическое кресло, буж смазывают стерильным глицерином или растительным маслом и вводят в передний отдел мочеиспускательного канала. В луковице зондом определяется препятствие, которое при выпрямлении полового члена легко преодолевается. Производят пальпацию мочеиспускательного канала на буже. При этом обращают внимание на возможно имеющиеся инфильтраты, зернистость. При наличии уплотнения определяют его характер и локализацию: передняя, средняя, задняя часть переднего отдела мочеиспускательного канала. При необходимости делают легкий массаж. В качестве бужа при проведении исследования с диагностической целью лучше использовать тубус с obturatorом уретроскопа Валентина, что даст возможность при подозрении на инфильтрат, зернистость, атрофию сразу же произвести уретроскопию. Наибольшую ценность имеет бужирование головчатым бужом при сужении мочеиспускательного канала, когда нужно определить место стриктуры, а иногда и ее протяженность.

№11. Введение бужа, массаж уретры на прямом буже.

Методика бужирования.

Обычно используют металлические бужи: прямые при поражении висячей части уретры и изогнутые (с кривизной по Гюйону) при поражениях луковичной части передней уретры и задней уретры. Лечение начинают с применения бужей № 18—20 по шкале Шарьера, а в заключении используют буж наибольшего диаметра, который удастся свободно провести через наружное отверстие уретры.

Бужи смазывают стерильным вазелиновым маслом или глицерином и вставляют в уретру лежащего на кушетке или урологическом кресле больного после дезинфекции головки полового члена и крайней плоти. В уретре буж оставляют на 5—7 мин. При каждом последующем введении, особенно при наличии твердых инфильтратов и рубцовых сужений, начинают с бужа того размера, который уже был применен во время предыдущего сеанса и лишь затем пытаются провести буж большего диаметра. Бужирование делают с интервалами 1—2 дня в зависимости от реакции больного.

В случае необходимости провести массаж на буже (инфильтраты стенки уретры, фолликулит, периуретрит) предварительно промывают переднюю уретру и заполняют дезинфицирующим раствором мочевого пузыря. Легкими поглаживающими движениями по направлению к головке полового члена массируют в течение 2—3 мин область поражения, осторожно прижимая мягкие ткани к бужу. После массажа буж удаляют, и больной выпускает раствор из мочевого пузыря, при этом уретра освобождается от патологических продуктов, выделившихся из лакун и желез при проведении массажа.

Бужирование противопоказано при наличии острых воспалительных процессов в уретре и добавочных половых железах.

№12. Исследование простаты и семенных пузырьков.

Показаниями для исследования предстательной железы и семенных пузырьков являются торпидные, затянувшиеся и хронические уретриты, подозрение на поражения предстательной железы, семенных пузырьков.

При острых уретритах и острых воспалениях добавочных половых желез допустима только осторожная пальпация их через прямую кишку, чтобы определить изменения величины, формы и консистенции этих органов.

Предстательную железу пальпируют в коленно-локтевом положении больного с несколько прогнутой спиной. Исследование необходимо проводить после мочеиспускания, т.к. при наполненном мочевом пузыре предстательная железа может показаться увеличенной. Указательный палец правой руки в резиновой перчатке смазывают вазелином. Выпрямленный палец медленно вводят в прямую кишку, где на расстоянии 4—5 см от заднепроходного отверстия нащупывают нижний полюс предстательной железы. Осторожно скользя пальцем по ее поверхности, оценивают четкость границ, величину, форму, выраженность центральной борозды, симметричность левой и правой долей, вид поверхности и консистенцию предстательной железы. Обращают внимание на наличие инфильтратов, узлов, флюктуирующих очагов, западений, конкрементов, а также на локализацию и выраженность болевых ощущений. Прощупываемая через переднюю стенку прямой кишки поверхность предстательной железы гладкая, слегка выпуклая или плоская. Центральная борозда разделяет железу на две одинаковые доли, четко отграниченные от окружающих тканей.

Семенные пузырьки исследуют в коленно-локтевом положении больного, как и предстательную железу, над которой они расположены. Невоспаленные семенные пузырьки часто не прощупываются. Нормальные пузырьки легче найти, если они заполнены содержимым (если у больного несколько дней не было семяизвержения), а брюшная стенка тонкая. Семенные пузырьки пальпируют бимануально между указательным пальцем правой руки, введенным в прямую кишку, и пальцами левой руки, прижимающими переднюю брюшную стенку в соответствующей подвздошной области. При катаральных воспалениях семенного пузырька данные, полученные при пальпации, соответствуют норме, и диагноз может быть установлен лишь на основании результатов микроскопического исследования секрета. При других формах поражения прощупываются мягкие или плотные, компактные или флюктуирующие припухлости разной формы в области семенных пузырьков, чувствительные или болезненные.

№13. Взятие секрета простаты и проведение его микроскопии.

Для получения секрета предстательной железы проводят ее диагностический массаж. Массируют сначала одну, затем другую долю предстательной железы движениями пальца от периферии к центральной борозде по ходу выводных протоков, стараясь не задевать семенные пузырьки. Заканчивают массаж надавливанием на область центральной борозды сверху вниз. Продолжительность массажа не должна превышать 1 мин. Выделяющийся из уретры секрет собирают в стерильную пробирку или на чистое предметное стекло для исследования.

При микроскопическом исследовании нативных препаратов в висячей или раздавленной капле в темном или затемненном с помощью диафрагмы и опущенного конденсора Аббе в поле зрения видно большое количество мелких (1—2 мкм) округлых или угловатых частиц, плохо преломляющих свет - липоидных или лецитиновых зерен. При нормальном состоянии предстательной железы липоидные зерна густо покрывают все поле зрения. Кроме липоидных зерен и амилоидных телец, в секрете имеется небольшое количество эпителиальных клеток, лейкоцитов и лимфоцитов. В нормальном секрете предстательной железы содержится 5—10 лейкоцитов в поле зрения. В секрете, который получают после массажа, присутствуют единичные или в небольшом количестве клетки из поверхностного, промежуточного или базального слоя эпителия выводных протоков предстательной железы.

№14. Инстилляция лекарственных веществ в уретру.

Методика инстилляций. Для инстилляций применяют растворы мирамистина, 0,02% хлоргексидина 0,05%, октенисепта, 0,25-0,5% раствор нитрата серебра и 2% раствор протаргола, которые обладают бактерицидными свойствами, вызывают раздражение и гиперемия слизистой оболочки с последующей регенерацией эпителия, способствуют рассасыванию поверхностных инфильтратов.

Для введения лекарственного раствора в переднюю уретру применяют специальный шприц для инстилляций с резиновым или пластмассовым оливообразным наконечником (уретральная спринцовка) либо на шприц для инъекций, вместо иглы надевают резиновый наконечник или катетер. После мочеиспускания больному протирают головку полового члена и крайнюю плоть ватным тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, и, плотно прижав наконечник спринцовки к наружному отверстию уретры, медленно вводят в нее 6—8 мл лекарственного раствора. Для того чтобы удержать раствор в передней уретре больному предлагают пальцами зажать головку полового члена либо накладывают на него специальную клемму. В передней уретре лекарственный раствор удерживают в течение 1-10 мин. в зависимости от его состава. После инстилляций больной не должен мочиться в течение 1—2 ч.

Для инстилляций лекарственных веществ в заднюю уретру в ее простатическую часть вводят смоченный стерильным глицерином одноразовый катетер Нелатона. Присоединив конец катетера к шприцу, в заднюю уретру вводят 3—4 мл раствора и медленно вытягивают катетер. Раствор, введенный в заднюю уретру за наружный сфинктер, удерживают там до мочеиспускания. После этой процедуры больной около часа не должен мочиться. Назначают обычно 5—7 инстилляций, которые проводят через 1—2 дня.

№15. Промывание уретры по Жане.

При промываниях из уретры удаляется экссудат, механически элиминируются микроорганизмы, создаются активная гиперемия и серозный отек слизистой оболочки, наблюдается благоприятное влияние на поверхностные инфильтративные изменения. Промывания противопоказаны при остром периуретрите (кавернит), периуретральном абсцессе, острых воспалениях яичек и добавочных половых желез.

Методика больших промываний по Жане. Различают переднее (передней уретры) и тотальное (глубокое) промывание. С этой целью применяют прибор, состоящий из стеклянной кружки Эсмарха с резиновым шлангом, снабженным специальным зажимом и стеклянным наконечником. При промывании передней уретры необходимо небольшое давление жидкости, чтобы она не прорвалась случайно в заднюю уретру через наружный сфинктер. В связи с этим кружку подвешивают на высоте не более 0,5 м над больным. При тотальном промывании кружку поднимают на высоту 1-1,5 м.

Наконечник при переднем промывании не прижимают плотно, а лишь приставляют к наружному отверстию мочеиспускательного канала, чтобы дезинфицирующий раствор, оросив стенки передней уретры и дойдя до наружного сфинктера, затем мог свободно вытекать наружу. На промывание передней уретры необходимо около 0,5 л дезинфицирующего раствора, подогретого до температуры 38—40°C.

Глубокое (тотальное) промывание проводят только после предварительного промывания передней уретры. Наконечник вставляют в наружное отверстие уретры так, чтобы стенки мочеиспускательного канала плотно охватывали его, не давая раствору вытекать наружу. Больной при промывании должен стоять, так как в таком положении легче расслабляется наружный сфинктер. Введение жидкости в мочевой пузырь облегчается, если во время промывания больной будет расслаблять наружный сфинктер, имитируя мочеиспускание. Промывают уретру ежедневно в течение 2—4 нед, чередуя лекарственные растворы, пока не прекратятся выделения и не исчезнут патологические включения в моче.

№16. Уретроскопия.

Показанием для проведения уретроскопии является диагностика и лечение уретритов, контроль лечения, проведение дифференциальной диагностики процессов с типичной эндоскопической картиной (опухоль, или инородное тело уретры). Проведение уретроскопии позволяет заподозрить и подтвердить с помощью лабораторных исследований туберкулез, сифилис, кандидоз, герпес уретры и др. Уретроскопию можно проводить лишь в случае отсутствия острых воспалительных процессов в уретре и половых железах.

Информативные данные можно получить с помощью сухой уретроскопии. Она позволяет осмотреть переднюю и заднюю части уретры и выполнить эндоуретральные манипуляции. В отличие от ирригационной при сухой уретроскопии наблюдают естественную, не изменившуюся вследствие растяжения жидкостью окраску слизистой оболочки. Ирригационная уретроскопия обеспечивает лучший обзор деталей простатического отдела уретры и интрамуральной части (*parsintramuralis*), особенно в тех случаях, когда наблюдается сильная кровоточивость при малейшем продвижении сухого уретроскопа из-за резкого воспаления слизистой оболочки или новообразования.

При описании уретроскопической картины необходимо отметить:

- состояние центральной фигуры,
- окраску слизистой оболочки,
- прозрачность и блеск эпителия уретры,
- состояние желез и лакун уретры,
- размеры, форму и состояние семенного бугорка и устьев семявыбрасывающих протоков.

Предварительно подготавливают уретроскоп и больного к исследованию. Уретроскоп Валентина в рабочем (собранном) состоянии включают в сеть, проверяя осветительную систему, исправность реостата, регулирующего силу тока. Тубус вводят до сфинктера мочеиспускательного канала и фиксируют левой рукой, а правой рукой удаляют obturator. Ранее приготовленным зондом с намотанной стерильной ватой подготавливают (просушивают) поле осмотра и в уретроскоп вставляют ламподержатель с окуляром, соединяя их с диском тубуса. Осветив лампочкой уретроскопа поле осмотра, приступают к уретроскопии. Мочеиспускательный канал обследуют от задней его части к передней во избежание травмирования стенок скошенным краем цилиндра тубуса, медленно, тщательно осматривая каждый сантиметр слизистой оболочки. При этом обращают внимание на ее цвет и рельеф, состояние сосудистой сети, желез, лакун, просвета мочеиспускательного канала.

Техника проведения уретроскопии задней части мочеиспускательного канала: проводя тубус к сфинктеру, больного просят глубоко дышать «животом» и расслабиться. Левую руку также переносят на диск тубуса с левой стороны. Общими руками медленно отводят тубус вниз от лобка до такого уровня, чтобы тубус и мочеиспускательный канал составляли прямую линию, и осторожно, без резких усилий продвигают тубус глубже на 2—3 см. Проходя через сфинктер мочеиспускательного канала, врач рукой ощущает легкий провал. Тубус фиксируют большим и указательным пальцами, а между III и IV пальцами удерживают половой член. Obturator удаляют правой рукой. После тщательного осушения поля осмотра вводят в тубус ламподержатель и через окуляр осматривают вначале позадибугорковую часть, затем бугорковую часть вместе с семенным холмиком, а после этого — перепончатую часть. При задней уретроскопии обращают внимание на окраску, васкуляризацию, рельеф слизистой оболочки мочеиспускательного канала, семенной холмик, отверстия предстательной маточки и семявыносящих протоков.

№17. Лечебная тампонада по Вашкевичу.

Методика тампонады по Вашкевичу: в уретру вставляют уретроскопическую трубку, удаляют obturator и, фиксируя трубку в необходимом положении, уретральным зондом или пинцетом с тонкими браншами вводят в нее до упора пропитанный лекарственным раствором рыхлый ватный тампон или тонкие марлевые полоски. Придерживая зондом тампон, тубус уретроскопа вынимают. Тампон удаляют через 2—3 часа во время мочеиспускания. Для смачивания тампонов используют глицериновые растворы протаргола (2 %), колларгола (1 %), ихтиола (2%), а также сок каланхоэ, кортикостероидные мази и др. Тампонады делают 2 раза в неделю, но не чаще чем через 2 дня

№18. Основные принципы забора материала из мочеполовых органов на ИППП.

Взятие материала для исследования. Качество результата лабораторного исследования во многом зависит от физиологического состояния пациента на момент взятия клинического материала. Наиболее информативным может быть материал, если он получен при следующих условиях:

- материалы взяты при наличии клинических признаков заболевания;
- пациент не использовал местного лечения минимум в течение последних 48—72 часов;
- у женщин при исследовании материалов из урогенитального тракта взятие образцов желательно проводить приблизительно в середине менструального цикла (если заболевание не имеет явных проявлений) или в дни, когда нет кровянистых выделений (при обострении процесса);
- у мужчин при исследовании материалов взятие образцов из уретры необходимо проводить при условии задержки мочеиспускания не менее 3—4 часов;
- материал из уретры для микроскопического исследования берется раньше всех других уретральных образцов или сразу же после взятия выделений или проб для культурального исследования на гонококки.
- материал для приготовления нативного мазка из влагалища берется раньше всех других вагинальных проб. Если имеются обильные выделения и подозревается трихомонадная или кандидозная инфекция, образец берется из заднего свода, где концентрация предполагаемого инфекционного агента наибольшая. Если количество выделений обычное, образец следует брать с боковой стенки влагалища.
- образец из шейки матки для микроскопического исследования берется раньше всех других цервикальных образцов или сразу же после взятия мазка для культурального исследования на гонококки.
- предметные стекла должны быть сухими, чистыми, не поцарапанными (оптимально применять новые стекла для каждого нового пациента). Забор материала для микроскопического исследования производится на 2 стекла.
- для микроскопического исследования мазок наносится тонким слоем только на одну сторону предметного стекла.
- при использовании метода прямой микроскопии физиологический раствор должен быть теплым (оптимально 37°C). Эта температура позволяет легче распознать подвижные трихомонады.

Клинический материал можно получать с помощью пластиковой бактериологической петли, ложечки Фолькмана или ватного/дакронового тампона. Предпочтение во всех случаях следует отдавать дакроновым тампонам.

№19. Взятие клинического материала из уретры у мужчин.

У мужчин при наличии выделений из уретры поверхность головки и область наружного отверстия уретры должны быть очищены с помощью марлевого тампона и крайняя плоть отведена назад для предупреждения контаминации. При отсутствии свободных выделений необходимо попросить пациента слегка помассировать уретру скользящими движениями от основания пениса к его головке. В этом случае могут быть использованы ложечка Фолькмана или ватный/дакроновый тампон для взятия материала. После введения пластиковой петли в уретру на 1-2 см необходимо плоскость «глазка» петли двигать к наружному отверстию, слегка нажимая на стенки уретры. Не рекомендуется вращать петлю, так как это вызывает у пациента болевые ощущения. Для микроскопического и иммунофлюоресцентного исследования после получения клинического материала петля накладывается на поверхность стекла и передвигается по нему несколько раз с легким нажатием. Петля должна оставить на стекле тонкую полоску клинического материала. Для культурального исследования и исследования методом ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.

У детей препубертатного возраста брать материал из уретры не рекомендуется. В этом случае собирается моча для исследования молекулярно-биологическими методами (ПЦР и др.) или берутся мазки из наружного отверстия мочеиспускательного канала мягким зондом.

Взятие первой порции мочи для молекулярно-биологических методов исследования.

- Пациента следует обеспечить одноразовым стерильным контейнером для мочи.
- Собрать надо только первые 10-15 мл свободно выпущенной мочи.
- Пациент не должен подмываться в течение последних 2 часов до взятия проб.

№20. Взятие клинического материала у женщин.

При наличии большого количества выделений наружное отверстие уретры должно быть очищено с помощью марлевого тампона. При отсутствии свободных выделений может быть проведен легкий массаж уретры. После введения в уретру дакронового тампона на 1-2 см, необходимо двигать его к наружному отверстию, слегка нажимая на заднюю и боковые стенки уретры. Для микроскопического и иммунофлюоресцентного исследования после получения клинического материала тампон накладывается на поверхность стекла и передвигается по нему несколько раз с легким нажатием. Тампон должен оставить на стекле тонкую полоску клинического материала. Для культурального исследования и исследования методом ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.

Образец из цервикального канала берется ватным/дакроновым тампоном (при осмотре шейки матки с помощью зеркал), специальной щеточкой или ложечкой Фолькмана. Необходимо тщательно очистить наружное отверстие цервикального канала при помощи большого марлевого тампона от вагинальных выделений для предотвращения возможной контаминации. После введения тампона в шеечный канал на 1—2 см его вращают несколько раз. Для микроскопического и иммунофлюоресцентного исследования клинический материал должен быть перенесен с тампона на стекло как можно более тонким слоем. Для культурального исследования и исследования методом ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой. Цервикальные мазки не берутся у девочек препубертатного возраста. При подозрении на ИППП в этом возрасте мазки берутся из преддверия влагалища.

Для микроскопического исследования вагинального отделяемого материал берется (также с помощью зеркала) с заднего или боковых сводов ложечкой Фолькмана и тонким слоем распределяется на предметном стекле. Для

культурального исследования и исследования методом ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.

У женщин после гистерэктомии мазки на *C. trachomatis* и *N. Gonorrhoeae* берутся из уретры, вагины и ануса.

№21. Удаление остроконечных кондилом

Хирургическими методами кондиломы можно иссечь, сделать выскабливание, электрокоагуляцию (прижигание), радиоволновое удаление, криодеструкцию (выжигание холодом), фото- и лазерокоагуляцию.

№22. Взятие клинического материала из прямой кишки и носоглотки.

Взятие материала для исследования из прямой кишки.

Материал для исследования берется у пациентов, имевших анальный секс. Идеальным является взятие материала при проведении ректоскопии, что позволяет одновременно получить представление о состоянии слизистой оболочки прямой кишки. Взятие материала проводится ватным/дакроновым тампоном путем проведения им по стенке прямой кишки. При взятии мазка вслепую тампон вводится на 2—3 см в прямую кишку, избегая каловых масс. При исследовании на хламидии необходимо получить эпителиальные клетки со стенки прямой кишки. При наличии на тампоне видимых каловых масс тампон выбрасывают и проводят повторную попытку получения материала. При использовании ректоскопа каловые массы могут быть удалены, и сбор материала производится под визуальным наблюдением.

Материал может быть использован для исследования на гонорею (микроскопическое исследование при окраске по Грамму и метиленовым синим и культуральное исследование), а также на хламидии методом прямой иммунофлуоресценции. Для микроскопического и иммунофлуоресцентного исследования материал тонким слоем распределяется на предметном стекле. Для культурального исследования и исследования методом ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.

Взятие материала для исследования из носоглотки.

Материал для исследования берется у пациентов, имевших оральный секс. Взятие материала проводится ватным/дакроновым тампоном путем проведения им по задней стенке глотки, миндальным криптам. Материал может быть использован для исследования на гонорею (микроскопическое исследование при окраске по Граму и метиленовым синим и культуральное исследование), а также на хламидии методом прямой иммунофлуоресценции. Для микроскопического и иммунофлуоресцентного исследования материал тонким слоем распределяется на предметном стекле. Для культурального исследования и исследования методом ПЦР материал помещается в соответствующие пробирки с транспортной средой.

№23. Микроскопическое исследование мазка на гонококки.

Перед окраской метиленовым синим и по способу Грама мазки фиксируют 96° этиловым спиртом в течение 3 минут, высушивают. Окраску мазков 1% водным раствором метиленового синего производят в течение 1 минуты, затем высушивают.

Используют для изучения морфологии и расположения диплококков, в то время как окончательный лабораторный диагноз гонореи ставится на основании мазков, окрашенных по способу Грама.

При правильной окраске по способу Грама ядра клеточных элементов (лейкоцитов, эпителиальных клеток) должны частично удерживать основную фиолетовую краску (критерий правильности окраски) - в центре они должны быть окрашены в фиолетовый цвет, а по периферии — в оранжево-красный, а гонококки, расположенные в лейкоцитах и на

эпителиальных клетках, обесцвеченные таким образом и окрашенные дополнительной краской, будут оранжево-красные.

Качество окраски мазков в значительной степени зависит и от их приготовления: материал вмазках из уретры, цервикального канала и прямой кишки на одном стекле должен быть расположен равномерным, тонким слоем и содержать достаточно материала для исследования.

Идентификация гонококка производится на основании его свойств: морфологии, расположения и отношения к окраске по способу Грамма.

Гонококк—это парный кокк, имеющий форму кофейного зерна; кокки обращены друг к другу своей вогнутой стороной, гонококки не образуют цепочек. Внутри лейкоцитов они располагаются парами и группами так, что одни диплококки лежат по отношению к другим под различными углами. Внеклеточное расположение гонококков также имеет свои характерные особенности. Часто гонококки лежат на клетках плоского эпителия в большом количестве рядами с расположением диплококков под углом или перпендикулярно друг к другу внутри ряда. Частота внутри и внеклеточного расположения гонококков зависит как от периода заболевания, так и от методики взятия материала.

Основным дифференциальным признаком является отношение гонококка к окраске по способу Грамма. Гонококки грамотрицательны, т.е. они легко обесцвечиваются спиртом и окрашиваются дополнительной краской.

№24. Микроскопическое исследование нативных препаратов на трихомонады.

При исследовании нативных препаратов материал наносят на слегка подогретое предметное стекло, смешивают с каплей теплого изотонического раствора натрия хлорида, накрывают покровным стеклом и исследуют в микроскопе с объективом 40 и окуляром 10X. Ввиду того, что при длительном пребывании препаратов при комнатной температуре трихомонады довольно быстро теряют подвижность, исследование следует проводить непосредственно после получения материала.

В нативных препаратах влагалищная трихомонада узнается по грушевидной или овальной форме тела величиной немного большей лейкоцита, характерным толчкообразным движениям и жгутикам, которые особенно хорошо видны при исследовании в микроскоп с темнопольным или фазово-контрастным конденсором.

При исследовании нативных препаратов за влагалищные трихомонады иногда ошибочно принимают жгутиковые семейства болонидов, которые могут быть занесены в препарат из воды, загрязненной посуды и т. д. В отличие от трихомонад болониды имеют лишь 2 жгутика и очень быстро двигаются по прямой. К ошибкам может привести и наличие в препарате подвижных бактерий, которые, прикрепляясь к лейкоцитам, создают впечатление наличия большого количества подвижных трихомонад.

№25. Исследование на хламидии.

Цитологическая диагностика с использованием неспецифических методов окрашивания (по Романовскому-Гимзе, Папаниколау, Май-Грюнвальду, раствором Люголя и др.) неприемлема в связи с очень низкой чувствительностью и специфичностью.

Иммунолюминесцентные методы диагностики: суть методов заключается в выявлении антигенов хламидий в микроскопическом препарате, приготовленном из патологического материала (соскобов слизистой оболочки пораженного органа и т.п.). С этой целью обычно используется прямой иммунофлюоресцентный метод – ПИФ. При проведении ПИФ в настоящее время используют моноклональные антитела к разным антигенам хламидий — липополисахаридному (групповому),

основному белковому видовому антигену наружной оболочки хламидий (МOMP), а также антитела к рекомбинантным антигенам хламидий.

Методика проведения: необходимо тщательно протереть ватным тампоном шейку матки, удалив слизистую пробку. В эндоцервикс на 2-3 см вводится специальная щеточка и вращается примерно 15 сек. На предметное стекло вращательным движением наносится материал, в котором должны присутствовать клетки цилиндрического эпителия и отсутствовать клетки десквамированного плоского эпителия, эритроциты и лейкоциты. Результат считается положительным, если при просмотре с помощью люминесцентного микроскопа на оранжево-коричневом фоне клеток в поле зрения обнаруживается не менее 5 ЭТ при х 1000. Применение этих методов в качестве контроля излеченности возможно не ранее, чем через 3—4 недели после окончания приема антибактериальных препаратов.

№ 26. Исследование на бактериальный вагиноз и микоплазмы.

Диагностика бактериального вагиноза учитывает клинические проявления: обильные жидкие влагалищные выделения, неприятный аминный запах.

Лабораторная диагностика основана на микроскопических методах. Микроскопии подвергают влажные (нативные) препараты выделений, взятых с передней стенки влагалища и из заднего свода, а также мазки, окрашенные метиленовым синим.

Показатели, характерные для влагалищного мазка при бактериальном вагинозе:

- отсутствие в мазке лейкоцитов или скудное их количество;
- отсутствие лактобацилл или незначительное их количество;
- обильное количество бактерий, покрывающих все поле зрения: мелкие коккобактерии, кокки, вибрионы;
- наличие «ключевых» клеток — клеток плоского влагалищного эпителия, покрытых множеством бактерий вследствие прямой адгезии на поверхность клетки, а также «суперадгезии» на адгезированные микробные клетки. Дополнительно измеряют pH влагалищных выделений, обычно он превышает 4,5. При добавлении капли 10% раствора КОН к влагалищным выделениям ощущается специфический неприятный «рыбный» запах, обусловленный выделением летучих аминов — продуктов метаболизма анаэробных микроорганизмов.

Для диагностики урогенитальных инфекционных заболеваний, вызванных микоплазмами используют:

- исследование методом ПЦР для идентификации *M. genitalium*.
- культуральное исследование для идентификации *M. hominis* и *U. urealyticum* с их количественным определением.

Клинически значимым является обнаружение *M. hominis* и *U. urealyticum* в количестве, более, чем 10 в 4й степени КОЕ/мл.

№27. Исследование отделяемого на бледную трепонему.

Отделяемое с поверхностей эрозий и язв генитальной или экстрагенитальной локализации должно быть исследовано методом темнопольной микроскопии при подозрении на сифилис. До взятия материала поверхность дефекта должна быть очищена тампоном, смоченным физиологическим раствором. Дефект слегка массируется путем сдавливания пальцами под основание до появления на его поверхности серозного отделяемого. Капля отделяемого переносится бактериологической петлей на предметное стекло, где смешивается с равным количеством физиологического раствора и накрывается покровным стеклом. Темнопольная микроскопия должна быть проведена в течение 10 минут, так как подвижность трепонем значительно уменьшается.

Темнопольная микроскопия не используется для исследования материалов из полости рта и прямой кишки.

Темнопольная микроскопия может быть использована для диагностики во всех случаях, когда имеются клинические проявления на коже или слизистых оболочках, с поверхности которых получают отделяемое для исследования.

Приготовить препарат для микроскопии можно из пунктата регионарных лимфатических узлов (в случае местного использования антисептиков или антибиотиков или эпителизации эрозированных поверхностей), спинномозговой жидкости, амниотической жидкости. В препарате *T. Pallidum* выглядит как очень тонкая спираль, длиной 6—20 мкм и толщиной 0,13—0,15 мкм, с равномерными завитками (примерно 10—13) глубиной до 0,5—0,7 мкм, движения вращательное, поступательное, сгибательное и маятникообразное.

Диагностические индексы в дерматологии

Специфические дерматологические индексы, применяющиеся для количественного измерения конкретного заболевания, оказывают значительную помощь дерматологам как в диагностике, так и в определении степени тяжести процесса на момент обращения пациента к врачу и через определенные интервалы в процессе лечения, что способствует принятию решения о продолжении или модификации назначенной терапии. Так же они используются при проведении сравнительных исследований по оценке эффективности различных препаратов и проведении различных фаз клинических исследований.

1. Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index)

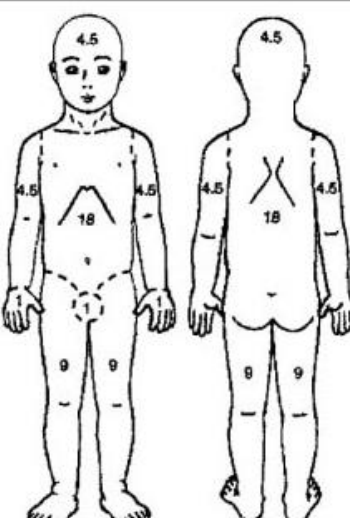
Индекс распространенности и тяжести псориаза PASI (Psoriasis Area and Severity Index) является основным инструментом для определения тяжести течения псориаза. Использование данного индекса позволяет объективно оценить эффективность проводимой терапии и в идеале должен быть подсчитан до, во время и после окончания курса терапии. Индекс PASI представлен целым числом от 0 (отсутствие болезни) до 72 (самое тяжелое течение) и отражает площадь поражения с учетом интенсивности проявлений клинических признаков, таких как эритема, интенсивность шелушения и инфильтрации. Есть несколько модификаций подсчета индекса PASI, однако по данным многих авторов шкалу, которая учитывает 3 вышеуказанных клинических признака, принято считать классической.

Подсчет: Для определения индекса PASI тело пациента условно разделяется на четыре области (ноги – 40% от общей поверхности кожи человека, туловище (грудь, живот, спина) – 30% поверхности кожи, руки – 20% и голова – 10%). Каждая из этих 4-х областей оценивается отдельно – от 0 до 6 баллов в зависимости от степени поражения. Далее для каждой области оцениваем интенсивность каждого из 3-х клинических признаков – эритема, интенсивность шелушения и инфильтрации. Интенсивность оценивается от 0 (отсутствие признака) до 4 (максимальная степень проявления). После этого для каждой области определяем свой индекс по формуле: (эритема + шелушение + инфильтрация) × степень поражения × весовой коэффициент области. Весовой коэффициент области соответствует площади поверхности кожи: 0,4 – ноги, 0,3 – туловище, 0,2 – руки, 0,1 – голова. После подсчета индекса для каждой из 4-х областей суммируем полученные показатели и получаем общий суммарный индекс PASI.

Голова							Верхние конечности						
Площадь поражения:							Площадь поражения:						
0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%	0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%
Эритема		0	1	2	3	4	Эритема		0	1	2	3	4
Инфильтрация		0	1	2	3	4	Инфильтрация		0	1	2	3	4
Шелушение		0	1	2	3	4	Шелушение		0	1	2	3	4
Туловище							Нижние конечности						
Площадь поражения:							Площадь поражения:						
0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%	0%	<10%	10-29%	30-49%	50-69%	70-89%	>89%
Эритема		0	1	2	3	4	Эритема		0	1	2	3	4
Инфильтрация		0	1	2	3	4	Инфильтрация		0	1	2	3	4
Шелушение		0	1	2	3	4	Шелушение		0	1	2	3	4
Область	Эритема	Шелушение	Инфильтрация	Площадь поражения	Весовой коэффициент	PASI							
Голова					0,1								
Руки					0,2								
Туловище					0,3								
Ноги					0,4								

2. Балльная оценка степени тяжести атопического дерматита по индексу SCORAD.

А — площадь поражения (оценивается врачом)

Площадь поверхности отдельных участков у детей	Площадь проявлений атопического дерматита на отдельных участках тела																														
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;">Участки тела</th> <th style="width: 20%;">Площадь поражения</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Передняя поверхность головы (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность головы (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность туловища (18%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность туловища (18%)</td><td></td></tr> <tr><td>Гениталии (1%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность левой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность левой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность правой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность правой руки (4,5%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность левой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность левой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Передняя поверхность правой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Задняя поверхность правой ноги (9%)</td><td></td></tr> <tr><td>Итого</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Участки тела	Площадь поражения	Передняя поверхность головы (4,5%)		Задняя поверхность головы (4,5%)		Передняя поверхность туловища (18%)		Задняя поверхность туловища (18%)		Гениталии (1%)		Передняя поверхность левой руки (4,5%)		Задняя поверхность левой руки (4,5%)		Передняя поверхность правой руки (4,5%)		Задняя поверхность правой руки (4,5%)		Передняя поверхность левой ноги (9%)		Задняя поверхность левой ноги (9%)		Передняя поверхность правой ноги (9%)		Задняя поверхность правой ноги (9%)		Итого	
Участки тела	Площадь поражения																														
Передняя поверхность головы (4,5%)																															
Задняя поверхность головы (4,5%)																															
Передняя поверхность туловища (18%)																															
Задняя поверхность туловища (18%)																															
Гениталии (1%)																															
Передняя поверхность левой руки (4,5%)																															
Задняя поверхность левой руки (4,5%)																															
Передняя поверхность правой руки (4,5%)																															
Задняя поверхность правой руки (4,5%)																															
Передняя поверхность левой ноги (9%)																															
Задняя поверхность левой ноги (9%)																															
Передняя поверхность правой ноги (9%)																															
Задняя поверхность правой ноги (9%)																															
Итого																															

Показатель А = _____

В — интенсивность клинических проявлений (оценивается врачом)

Оценка клинических проявлений АД

Клинические проявления	Оценка в баллах	
Эритема		Способ оценки: 0 = отсутствие проявлений 1 = легкие проявления 2 = умеренные проявления 3 = тяжелые проявления
Отек или папулезность		
Мокнутье/корки		
Расчесы		
Лихенификация		
Сухость		
Итого		

Показатель В = _____

С — выраженность субъективных симптомов (оценивается пациентом)

Отсутствие зуда Очень сильный зуд

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Отсутствие нарушений сна Очень сильное нарушение сна

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Показатель С = _____

Балльная оценка степени тяжести атопического дерматита по индексу SCORAD рассчитываются по формуле:

$$SCORAD = A/5 + 7 \cdot B/2 + C, \text{ где}$$

А - площадь пораженной кожи, в %;

В - сумма баллов объективных признаков (эритема, отек, мокнутье, эксфолиация, лихенификация, сухость);

С - сумма баллов субъективных признаков (зуд, потеря сна).

Оценка тяжести:

Легкая стадия АД - до 20 баллов (обострение 1-2 раза в год, длительная ремиссия, хороший ответ на терапию).

Среднетяжелая - 20-40 баллов (обострение 3-4 раза в год, ремиссия не дольше 4 месяцев, не выраженный ответ на терапию).

Тяжелая - более 40 баллов (длительные обострения, ремиссия не дольше 2 месяцев, терапия малоэффективна).

3. Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI))

Дерматологический Индекс Качества Жизни (ДИКЖ или The Dermatology Life Quality Index (DLQI)) применяется дерматологами для оценки степени негативного воздействия дерматологического заболевания на разные аспекты жизни пациента, характеризующие качество его жизни в целом. Индекс был разработан специалистами Уэльского университета (авторские права принадлежат AY Finlay, Gk Khan, April 1992).

Индекс ДИКЖ может использоваться как критерий оценки эффективности лечения дерматологического заболевания. Анкета для определения индекса ДИКЖ предназначена для пациентов старше 16 лет. Вопросы анкеты ДИКЖ адресованы непосредственно пациенту, поэтому отвечать на них должен он сам. Однако для облегчения работы больного желательно присутствие специалиста-дерматолога. Цифровой показатель, который получают в результате анализа ответов пациента, отражает уровень негативного воздействия заболевания на качество жизни пациента.

На каждый вопрос больной должен дать один ответ из четырех предложенных, отражающий степень влияния (очень сильно, сильно, не сильно, нет воздействия). Каждый ответ имеет свой индекс, а сумма из 10 индексов и составляет ДИКЖ конкретного больного на данный отрезок времени, находящийся в пределах от 0 до 30.

Анкета для пациентов для определения индекса ДИКЖ

1. Испытывали ли Вы зуд, жжение или болезненность на прошлой неделе?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет
2. Испытывали ли Вы ощущение неловкости или смущение в связи с состоянием Вашей кожи?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет
3. Как сильно Ваши проблемы с кожей мешали Вам заниматься уборкой дома или покупками?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет
4. Насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор Вашего гардероба на прошлой неделе?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет
5. Как сильно влияло состояние Вашей кожи на Ваш досуг и социальную активность на прошлой неделе?	Очень сильно Достаточно сильно

	Незначительным образом Нет
6. На прошлой неделе состояние Вашей кожи мешало Вам заниматься спортом?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет
7. Пропускали ли Вы учебу, отсутствовали на работе из-за состояния Вашей кожи?	да нет
8. Если Вы ответили «нет», то насколько сильно Вас беспокоило состояние Вашей кожи, когда вы находились на работе или учебе?	Сильно Незначительно Не беспокоило
9. Влияло ли состояние Вашей кожи на Ваши отношения с родственниками, партнерами, друзьями на прошлой неделе?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет
10. Насколько сильно Ваши проблемы с кожей влияли на Вашу сексуальную жизнь?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет
11. На прошлой неделе насколько сильно лечение заболевания кожи причиняло Вам неудобства, отнимало время, создавало проблемы?	Очень сильно Достаточно сильно Незначительным образом Нет

Результаты: Каждый вопрос оценивается по шкале от 0 до 3 баллов

Очень сильно – 3; Достаточно сильно -2; Незначительным образом-1; Нет- 0

Ответ на вопрос №7: да -3, нет-0

Индекс рассчитывается путем суммирования баллов по каждому вопросу. Результат может варьироваться от 0 до 30 баллов. Максимальное значение индекса – 30. И чем ближе показатель к этой отметке — тем более негативно заболевание сказывается на качестве жизни пациента.

Также индекс может быть выражен в процентном соотношении к максимально возможному баллу в 30.

Оценка значений индекса ДИКЖ:

0-1 кожное заболевание не влияет на жизнь пациента

2-5 заболевание оказывает незначительное влияние на жизнь пациента

6-10 заболевание оказывает умеренное влияние на жизнь пациента

11-20 заболевание оказывает очень сильное влияние на жизнь пациента

21-30 заболевание оказывает чрезвычайно сильное влияние на жизнь пациента

Глава II.

История болезни

История болезни универсальный юридический документ, отражающий последовательность обследования больного, тактику лечения и его переносимость, динамику клинических проявлений в процессе терапии и рекомендации для диспансерного наблюдения.

СХЕМА ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ: на поражение кожи, слизистых оболочек, сопровождающие их субъективные ощущения.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ И НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ:

Отец.....

Мать.....

Брат (сестра).....

Дети.....

Наследственные, в том числе кожные заболевания.

ИСТОРИЯ (АНАМНЕЗ) ЖИЗНИ:

Родился(лась) в году в г. _____. Условия жизни в детстве. Начало и характер трудовой деятельности, служба в армии, условия и режим труда в настоящее время (наличие производственных вредностей).

Семейное положение, бытовые условия, наличие бытовых вредностей.

Характер питания (избегание, предпочтение, злоупотребление определенной пищей, напитками). Диета, ее характер. Соблюдение личной гигиены тела.

Вредные привычки: привязанности и/или зависимости от еды, алкоголя, никотина, разных медикаментозных и др. факторов.

Гинекологический анамнез: время начала менструаций, их регулярность, болезненность, обильность, дата последней менструации. Количество беременностей, их исход. Климактерический период. Гинекологические заболевания. Последний осмотр гинеколога (дата).

Перенесенные в прошлом заболевания, травмы, хирургические вмешательства, в том числе переливание крови.

Для больных венерическими заболеваниями - половой анамнез.

Сопутствующие заболевания на момент курации

Аллергологический анамнез: наличие непереносимости лекарств, вакцин, сывороток, пищевых продуктов, ее характер (описание проявлений).

ИСТОРИЯ (АНАМНЕЗ) НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Дебют в ___ году, его причина (по мнению пациента). Динамика развития заболевания от начальных проявлений до настоящего обращения к врачу с указанием частоты и длительности периодов обострений и ремиссий, их зависимость от времени года и связь с инсоляцией, условий труда и быта, характера питания и гигиены тела, вредных привычек. Наличие осложнений основного кожного заболевания. Результаты проводимой медикаментозной (общей и местной) и немедикаментозной (физиотерапевтические процедуры, санитарно-курортное лечение, климатотерапия, ЛФК и др.) терапии (излечение, значительное улучшение, кратковременный эффект, без существенного эффекта, ухудшение). Необходимость в стационарном лечении. Выявление факторов, способствующих последнему обострению, и его длительность, динамика кожных проявлений симптомов, результат амбулаторного лечения.

Схематическая динамика кожного процесса (см. на отдельном листе).

ОБЩИЙ СТАТУС:

Оценка состояния больного (удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое).

Положение (активное, вынужденное, пассивное).

Сознание (ясное, спутанное). Телосложение (нормостеническое, гиперстеническое, астеническое)

Рост ___ см. Вес ___ кг. Температура ___ С⁰.

Кожные покровы вне основных очагов поражения (не изменена, бледно-розовой, бледной, цвета загара, цианотичной, желтушной, землистой, багровой) окраски. Пигментации (естественные, патологические, искусственные). Знаки соматических заболеваний (сосудистые звездочки, телеангиоэктазии и др.). Рубцы (посттравматические, постоперационные), их описание (расположение, размеры, характер).

Эластичность (тургор) кожи - нормальная, пониженная, повышенная. Чувствительность - не нарушена, повышена, понижена.

Салоотделение - в пределах нормы, усилено, понижено, указать локализацию, при необходимости способы балансировки.

Потоотделение - общее, местное, суточная и поведенческая зависимость.

Дермографизм - красный, белый, красный разлитой, стойкий, смешанный.

Подкожно-жировая клетчатка: степень развития (слабая, умеренная, чрезмерная), распределение. Пастозность (общая и местная), отеки.

Лимфатическая система:

Локализация прощупываемых лимфоузлов и их характеристика (величина, форма, консистенция, подвижность), субъективные ощущения, характеристика кожи в области л/у.

Мышечная система:

Жалобы. Развитие мышц (слабое, умеренное, выраженное, локально чрезмерное), тонус (нормальный, ригидность, слабость), субъективные ощущения при пальпации, в движении.

Костная система и суставы:

Жалобы. Конфигурация костей и суставов (нормальная, деформации: врожденные и приобретенные), субъективные ощущения в покое (при пальпации) и в движении (активном, пассивном). Искривление позвоночника, наличие болевых точек.

Органы дыхания:

Жалобы.

Дыхание через нос свободное (затрудненное), данные наружного осмотра (отделяемое, характеристика видимых слизистых носовых ходов).

Характеристика гортани: голос чистый, звонкий (осиплый, трубный, афония).

Форма грудной клетки нормостеническая (астеническая, гиперстеническая, рахитическая, эмфизематозная, ладьевидная и др.), симметричность.

Тип дыхания брюшной (грудной, смешанный). Число дыханий в минуту.

Сравнительная перкуссия (ясный легочный звук, укорочение, тупость, коробочный и др.). Топографическая перкуссия (границы легких в норме, опущены на одно ребро и др.).

Аускультация легких: характер дыхания (везикулярное, ослабленное, усиленное, жесткое, бронхиальное), хрипы (сухие, влажные).

Органы кровообращения:

Жалобы.

Осмотр: Область шеи, сердца, надчревная область не изменены (видимые пульсации, «сердечный горб» и др.).

Пальпация. Верхушечный толчок, его характеристики (не изменен, усилен, смещен по локализации и т.д.).

Перкуссия. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости в см.

Аускультация. Характеристика тонов сердца (громкость, расщепление, раздвоение, дополнительные тоны). Наличие шумов сердца, их характер (систолический, диастолический, тембр, сила, продолжительность). Ритм сердца. Число сердечных сокращений в минуту.

Частота пульса, его характеристика (одинаковость на правой и левой руках, напряжение и др.).

Артериальное давление на правой и левой руках в мм рт. ст.

Осмотр и пальпация периферических артерий и вен.

Органы пищеварения:

Жалобы.

Оценка аппетита. Характер стула.

Осмотр полости рта. Язык, его окраска, влажность, налет, сосочки. Зубы, наличие кариеса, протезов, отсутствие зубов. Состояние миндалин, глотки.

Живот. Осмотр, перкуссия живота (вздутие, втяжение, метеоризм и др.). Данные поверхностной ориентировочной пальпации живота (болезненность, мышечная защита, наличие патологических симптомов).

Гепатобилиарная система:

Жалобы.

Перкуторные границы печени в см.. Пальпация печени - характеристика нижнего края (мягкий, плотный, закругленный, болезненный, гладкий, бугристый и т.д.).

Пальпация зоны желчного пузыря (болезненность, симптомы раздражения желчных путей).

Селезенка:

Жалобы.

Осмотр области левого подреберья.

Перкуссия границ селезенки (длинник и поперечник в см), при возможности данные пальпации нижнего полюса (мягкий, плотный, болезненный и др.).

Поджелудочная железа:

Жалобы.

Наличие при пальпации болезненности и др.

Мочеполовая система:

Жалобы.

Симптом «поколачивания» справа, слева. Частота и характер мочеиспусканий (днем, ночью). Наличие выделений из уретры.

Эндокринная система.

Жалобы.

Нарушение роста, телосложения. Ожирение или снижение массы тела: а) причины; б) темпы развития. Выпадение волос или избыточное оволосение, наличие багровых полос растяжения (стрии).

Нервная система

Жалобы.

Память (на настоящие и прошлые события) — хорошая, снижена. Внимание. Сон — глубина, продолжительность, засыпание. Настроение, особенности поведения. Головные боли: периодичность, локализация, интенсивность, условия появления, длительность, сопутствующие симптомы (тошнота, рвота, головокружение). Головокружение: условия

появления; частота; чем сопровождается. Шум в голове. Обмороки. Ощущение слабости в конечностях, нарушение походки. Судороги. Нарушения кожной чувствительности. Слух. Зрение. Обоняние.

ОПИСАНИЕ ЛОКАЛЬНОГО СТАТУСА

(Status localis)

1. Характер поражения кожи (не воспалительный; воспалительный- острый, подострый, хронический; дистрофический и др.).

2. Количество сыпи (обильная, скудная, единичный высыпания, единственный очаг).

3. Локализация высыпаний (преимущественная, менее пораженные участки, свободные от сыпи места).

Например: локализуется преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей (особенно на локтях и коленях), менее поражена кожа головы и туловища, свободны от высыпаний ладони и подошвы.

4. Симметричность или асимметричность расположения высыпаний.

5. Мономорфность или полиморфность сыпи.

6. Элементы сыпи: первичные, вторичные, размеры (см.), форма (плоская, полушаровидная, коническая), очертания (округлые, овальные, полигональные, неправильные), границы (резкие, нерезкие), цвет (основной и оттенки), поверхность (гладкая, шероховатая, бугристая, с центральным вдавлением), консистенция (мягкая, плотная, деревянистая, плотно-эластическая, плотноватая), другие признаки.

Пример: Сыпь симметричная, мономорфная, представлена папулами и бляшками, покрытыми чешуйками. Величина папул от 0,2 до 1,0 см в диаметре, преобладают папулы 0,7 см в диаметре. Величина бляшек в основном 3,0 см в диаметре. Папулы и бляшки имеют плоскую форму, резко отграничены от видимонеизмененной кожи. Очертания папул округлые, бляшек как круглые, так и неправильные, фестончатые в результате периферического роста и слияния папул. Цвет папул и бляшек ярко-красный, на нижних конечностях с синюшным оттенком. Поверхность шероховатая, покрыта обильными наслоениями средне - пластинчатых рыхлых серебристо белых, легко отпадающих чешуек, покрывающих равномерно всю поверхность высыпаний. Периферическая часть некоторых элементов свободна от шелушения. Высыпания плотноватой консистенции. При поскабливании папул и бляшек выявляются феномены стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения. Слизистые оболочки не поражены. Симптом Кебнера отрицателен.

7. Взаимное расположение элементов (равномерное, неравномерное, группировка, слияние, изолированность)

Пример: высыпания располагаются довольно равномерно, склонны к слиянию.

8. Диагностические феномены.

Пример: при поскабливании папул и бляшек определяется феномен стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения.

9. Слизистые оболочки.

10. Волосы.

Например: волосы не поражены.

11. Ногтевые пластины.

Например: ногтевые пластины рук имеют точечные углубления, напоминающие поверхность наперстка.

12. Дермографизм

13. Кожные покровы вне очагов.

14. Субъективные ощущения (характер, степень выраженности, колебания в течение суток).

Пример: умеренный зуд в местах высыпаний, преимущественно в вечернее время.

Субъективно: небольшой зуд в местах высыпаний, преимущественно вечером.

План обследования:

1. Клинический анализ крови

2. Клинический анализ мочи

3. Биохимическое исследование сыворотки крови

4. Консультация смежных специалистов с обоснованием их необходимости.

План лечения:

1. Системная терапия с указанием доз и кратности приема.

2. Местная терапия.

Пример: нанесение на высыпания 2% салициловым вазелином **чередовать в смеси** с кортикостероидными мазями **1:1** в прогрессирующей стадии. **Кортикостероидные мази с салициловой кислотой (Лоринден А, Белосалик, Элоком С, Акридерм СК) под окклюзионную повязку в** стационарной стадии; втирание в кожу волосистой части головы кортикостероидов в виде лосьона в регрессирующей стадии; **то же. Ксамиол ежедневно на вч головы до полного регресса высыпаний, а затем 2 раза в неделю в качестве поддерживающей терапии.**

3. Физиотерапия: ПУВА-терапия, УФ-терапия, озонотерапия и др.

Режим: ограничить общее мытье до перехода процесса в стационарную стадию, прохладный душ, употребление легких моющих средств, мягких губок, вытирание промокательными движениями.

Диета: исключить из рациона питания экстрактивные вещества (острые, маринованные, консервированные и копченые продукты, специи), жирную и жареную пищу, ограничить сладости.

ДНЕВНИКИ.

Дневник предназначен для фиксирования динамики заболевания и должен отражать изменение локального статуса, который может разрешаться или обостряться под влиянием различных причин. Необходимо указывать переносимость терапии, ее изменения, оценивать результаты полученных исследований. Так же в дневнике фиксируются заключения консилиумов, обходов больных главным врачом, куратором отделения, заведующим отделения, профессорско-преподавательским составом кафедры. Каждые 10 дней пишется этапный эпикриз в виде заключения о дальнейшей тактике ведения больного.

СХЕМА ПРОМЕЖУТОЧНОГО (ЭТАПНОГО) ЭПИКРИЗА.

(каждые 10 дней)

1. Ф.И.О., возраст.
2. Время нахождения в стационаре.
3. Промежуточный (окончательный) диагноз, при необходимости его обоснование.
4. Сопутствующие заболевания.
5. Результаты обследования (лабораторного, консультативного).
6. Проведенное лечение по поводу основного заболевания с указанием суточных и курсовых доз, его переносимость, побочные явления.
7. Лечение сопутствующих заболеваний.
8. Динамика кожных высыпаний, причины отрицательной динамики.
9. План дальнейшего ведения больного.

Обход курирующего ассистента/доцента (1 раз в 5-7 дней, при необходимости, ежедневно чтение дневников).

СХЕМА ВЫПИСНОГО ЭПИКРИЗА.

1. Фамилия, инициалы, возраст, профессия.
2. Время пребывания в стационаре.
3. Диагноз при поступлении.
4. Основные клинические проявления при поступлении.
5. Результаты обследования в клинике (анализы, консультации специалистов).

При проведении дифференциально-диагностического поиска - гистологическое, иммуногистохимическое исследование биоптата кожи; применении различных дополнительных методов (иммуноблоттинг, полимеразно-цепная реакция и др.)

6. Основной клинический диагноз с кратким обоснованием.
7. Сопутствующие заболевания.
8. Проведенное в стационаре лечение по поводу основного заболевания, его переносимость и результаты (по этапам, с указанием сроков каждого этапа, суточных и курсовых доз основных препаратов и выделением наиболее эффективных методов).
9. Проведенное лечение по поводу сопутствующих заболеваний, его результаты и переносимость.
10. Динамика лабораторных исследований.
11. Состояние при выписке.

12. Рекомендации по дальнейшему лечению и образу жизни (режим, диета, трудоустройство, общее лечение, местное лечение, физиотерапия, срок повторной консультации, контрольные лабораторные исследования).

ПРИМЕЧАНИЕ. Примерная оценка эффективности лечения:

“Клиническое излечение” – полный регресс сыпи и субъективных ощущений.

“Приближается к клиническому излечению” – регресс сыпи на 80-90%.

“Значительное улучшение” – регресс сыпи на 50-80%

“Улучшение” – регресс сыпи на 20-50%.

“Некоторые улучшения” – регресс сыпи на 5-20%.

“Без эффекта” – без видимых внешних улучшений.

“С ухудшением” – прерывание лечения в состоянии обострения (например, по семейным обстоятельствам).

Зав. отделением: Лечащий врач:

ГЛАВА III

Принципы и методики местного применения лекарственных средств.

Кожа является органом, доступным для прямого действия лекарственных средств. При наружном лечении, возможно использовать различные лекарственные формы и способы их применения.

Назначая наружную терапию, необходимо учитывать возможность общего влияния лекарственных средств на организм больного – общерезорбтивное действие препарата и рефлекторное воздействие через кожные рецепторы в очаге поражения и на весь организм в целом.

При выборе метода наружной терапии врач должен, прежде всего, определить круг задач которые необходимо решить с помощью данной терапии.

Основные задачи наружной терапии:

1. Устранение причин заболевания (этиотропная терапия)
2. Защита пораженных участков кожи от воздействия факторов окружающей среды.
3. Устранение развившихся в коже патологических изменений и сопутствующих им неприятных субъективных ощущений.

Знание нюансов наружной терапии отличает дерматолога от врачей других специальностей. При этом необходимо учитывать принципы проведения наружной терапии.

1. Необходимо учитывать такие фармакодинамические свойства лекарственных средств как способность к проникновению через эпидермальный барьер; степень адсорбции, пенетрации и резорбции препарата; степень высвобождения активного вещества из мазевой основы.
2. Этиологические факторы и патогенетические механизмы дерматоза.

3. Учитывать локализацию патологического процесса, что может значительно влиять на пенетрацию лекарственных веществ.
4. Определять характер патологических изменений (гиперкератоз, мокнутие, отек, ксероз и т.д.), Изменение типа высыпаний должно изменять тактику местной терапии.
5. Учитывать стадию процесса (острая, подострая, хроническая), чем острее процесс, тем более поверхностно должен действовать препарат.
6. Определить индивидуальную непереносимость лекарственного средства.
7. Учитывать механизм действия лекарственного средства, его возможное побочное действие, противопоказания и концентрацию лекарственного компонента.
8. Учитывать возрастные особенности кожи пациента.
9. Обращать внимание на процедуры, предшествующие нанесению лекарственных средств, т.к. обезжиривание кожи, вскрытие полостных элементов, удаление корок, пилинги, физиотерапевтические манипуляции усиливают пенетрацию.
10. Учитывать бытовые условия (в амбулаторной практике следует избегать нанесения сильно пахнущих, пачкающих ткани мазей, повязок мешающих активным движениям). Эффективность лечения будет зависеть от правильности соблюдения больным рекомендаций врача по нанесению лекарственного средства.

Особенности местного применения различных лекарственных форм.

Растворы – жидкая лекарственная форма, получаемая путем растворения в дистиллированной воде (реже в этиловом спирте, глицерине, жидких маслах) твердого или жидкого лекарственного вещества. Данная лекарственная форма в дерматологии используется в виде примочек, влажно-высыхающих повязок, дерматологических компрессов, обтираний, смазываний, втираний, промываний, общих и местных ванн. Действие раствора будет во многом зависеть от способа применения.

Примочки в форме водных и водно-спиртовых растворов в дерматологии применяют часто как противовоспалительное, подсушивающее, вяжущее или антисептическое средство. Важен принцип «на влажное кладем влажное». Часто используется раствор ихтиола (5-10%), борной кислоты (2%), танина (0.25 -0.5%, 1-2%), нитрата серебра (ляпис 0,25-0,5%), а так же может быть использована холодная кипяченая вода, свинцовая вода, физиологический раствор или растительные отвары и настои (настой ромашки, шалфея или охлажденного чая). Если в очагах островоспалительного поражения имеется гнойная инфекция, то применяют антисептические примочки: 0,1% раствор этикридина лактата (риванол), фурацилина (1:5000), перманганата калия (0,05%), резорцина (1-2%), хлоргексидина (0.02%).

Способ применения: в охлажденном лекарственном растворе смачивают марлю в 4-6-8 слоев или мягкую ткань, отжимают и накладывают на пораженный мокнущий участок на 2-3 мин., после согревания ткани повторяют смачивание и прикладывание. Длительность процедуры составляет до 30 мин – 1 часа. В течение дня примочки можно повторить. Применяют при острых дерматитах, экземах.

Детям примочки с раствором борной кислоты и фурацилина назначают с осторожностью из-за возможного токсического действия и развития аллергических реакций соответственно.

Обычно примочки применяют не более 3 дней что бы избежать пересушивания кожных покровов и образования трещин. При более длительном назначении необходимо менять состав раствора.

Влажно-высыхающая повязка являются вариантом примочек при больших очагах. Применяются при сильном мокнутии и выраженном отеке сочетающимся со значительным инфильтратом, эрозивных и язвенных дефектах, выраженных субъективных ощущениях (боли, жжение, зуд). Их накладывают следующим образом: на пораженные

участки кожи накладывают 6-8 слоев марли, смоченную одним из тех растворов, которые используют для примочек, а сверху — слой ваты и слегка фиксируют несколькими турами бинта так, чтобы не нарушить испарение жидкости. Повязку подмачивают через 1-2 часа, не снимая бинта. При этом происходит более медленное, чем при примочке, испарение жидкости и охлаждение поверхности участка кожи, на который её накладывали.

Дерматологический компресс. Применяется при значительном инфильтрате, а также при выраженных субъективных ощущениях боли, жжении, зуде (псориаз, хроническая экзема, целлюлит). Влажная герметическая повязка (без ваты). Пораженный участок кожи покрыть слоем крема/мази. Марлю, сложенную в 6-10 слоев, по размеру соответствующему очагу поражения, смочить лекарственным раствором и сильно отжать. Наложить на марлю кусок пищевой пленки или вощеной бумаги выступающей на 0,5-1-3 см за край марли, затем слой ваты. Зафиксировать несколькими турами бинта. Обычно компресс используется при подостром или хроническом процессе и действует в течение 6-10 часов. Здоровую кожу предохраняют от мацерации, смазывая цинковой пастой. Компресс с 10% раствором ихтиола хорошо применять при рожистом воспалении, целлюлите, тромбофлебите.

Смазывание и обтирание. Применяются растворы антисептических и противозудных средств в виде спиртовых растворов анилиновых красителей (раствор бриллиантовой зелени, фукорцин, раствор метиленового синего) йода, фукорцина для туширования при гнойничковых поражениях кожи. Спиртовые растворы 2-3% борной или салициловой кислоты применяются для обтирания здоровых участков кожи вокруг пустулезных элементов.

Ванны. Данный способ использования растворов является удобным и эффективным методом наружной терапии как для всей поверхности тела (особенно у детей), так и для отдельных участков (кисти, стопы). Ванны способствуют удалению корок и чешуек. Применяют при atopическом дерматите, псориазе (например с морской солью или крахмалом).

Присыпки состоят из порошкообразных веществ, которые наносят на участок поражения ровным тонким слоем. Присыпка высушивает и обезжиривает (вследствие гигроскопичности) кожу, охлаждает ее (в результате усиления теплоотдачи) и способствует сужению поверхностных сосудов кожи. Назначают присыпки при острых воспалениях кожи, с целью уменьшить гиперемию, отек (особенно в области складок кожи), ощущение жара и зуда. При наличии в очагах поражения мокнущих присыпки не применяют, так как вместе с экссудатом они образуют корки, усиливающие воспалительный процесс, и раздражают кожу. Их применяют против повышенной потливости и при усиленном салоотделении, в педиатрической практике у детей грудного возраста при опрелостях, для защиты кожи в естественных складках от трения, мацерации, воздействия мочи.

Для присыпок используют минеральные или растительные порошкообразные вещества. Из минеральных веществ наиболее часто в состав присыпок входят: силикат магния — тальк (Talcum), окись цинка (Zinci oxydatum), из растительных — пшеничный крахмал (Amylum tritici). Крахмал может подвергаться брожению, поэтому его не следует употреблять при повышенной потливости, особенно в кожных складках.

Жирные присыпки, содержащие нафталанскую нефть, оказываются эффективными при некоторых зудящих дерматозах, не носящих слишком острый характер, при острой и подострой экземе без склонности к мокнущему и импетигнизации и т.д.

Пасты представляют собой смесь в равных весовых частях индифферентных порошков (окись цинка, тальк, крахмал и др.) и жировой основы (ланолин, вазелин и др.). Пасты действуют глубже, чем болтушки, но более поверхностно, чем мази, оказывают противовоспалительное и подсушивающее действие. Тестовая консистенция паст позволяет накладывать их без повязки. На волосистую часть головы пасты при наличии мокнущих их не применяют. Пасту наносят на кожу 1—2 раза в день; 1 раз в 3 дня ее снимают тампоном, смоченным растительным маслом. Уменьшая количество

порошкообразных веществ, можно готовить мягкие пасты. Возможно добавлять в пасту 2-10% нафталана, ихтиола, препараты серы, дегтя и др.

Взбалтываемые взвеси (болтушки) бывают водными, водно-спиртовыми и масляными. Это те же порошки (30-50%), но взвешенные в воде (70-50%), с добавлением глицерина, поэтому не осыпающиеся быстро с поверхности кожи. После испарения воды порошки распределяются на коже тонким равномерным слоем и удерживаются на ней длительное время благодаря глицерину. Таким образом, болтушки, как и примочки, оказывают противовоспалительное и подсушивающее действие. В качестве порошкообразных веществ чаще всего берут окись цинка, тальк, белую глину, крахмал. Водные болтушки действуют так же, как присыпки: противовоспалительно, уменьшая зуд и жжение. Если кожу надо охладить, добавляют больше воды. Водно-спиртовые болтушки содержат 96% этиловый спирт. Масляные болтушки состоят из порошкообразных веществ и жидкой жировой основы (подсолнечное, персиковое или вазелиновое масло). Очень часто пользуются масляной болтушкой, называемой «цинковое масло», которая содержит 30% окиси цинка и 70% растительного масла. Масляные болтушки смягчают кожу, уменьшают чувство напряжения, стягивания и помогают снять чешуйки и корки. К болтушкам можно добавлять препараты серы, ихтиол, деготь, ментол и др.

Перед употреблением водные и масляные взвеси взбалтывают и ватным тампоном наносят на пораженный участок (с отеком и эритемой островоспалительного характера), где они быстро высыхают. Их не применяют на волосистую часть головы.

Взбалтываемые взвеси используются при острых, подострых и обостренных воспалениях кожи (дерматитах, экземе и др.), отсутствии мокнутия и излишней сухости пораженных участков кожи. Достоинствами взбалтываемых взвесей является возможность их применения без наложения повязок.

Мазь содержит одно или несколько лекарственных веществ, равномерно смешанных с жировой или жироподобной мазевой основой (вазелин, ланолин, свиное сало, нафталан и др.), которая должна быть химически нейтральной (чтобы не вызывать раздражения кожи) и обладать мягкой, эластичной консистенцией, не изменяющейся под влиянием температуры тела. Все большее применение находят мазевые основы из синтетических веществ: полимеры этиленоксидов, производные целлюлозы, эстеры сорбитана и высших жирных кислот и др. Мази с такой основой лучше проникают в кожу и легче освобождаются от включенных в них лекарственных средств, не окисляются и не разлагаются, хорошо переносятся кожей. Мази оказывают глубокое действие и поэтому их назначают при хронических и подострых заболеваниях, при наличии в коже воспалительного инфильтрата (рассасывающие или кератопластические мази). К кератопластическим веществам относят нафталан, деготь, ихтиол. К веществам, вызывающим отслойку рогового слоя (кератолитическим), относятся салициловую (3% и более) и молочную кислоты. Употребляют 2-10% серную мазь, 2-5% дегтярную, 1-3% белую ртутную, 2-5% ихтиоловую, 2-35-10-20-30-50% нафталановую мазь и пр. Пользуются мазями с антибиотиками (эритромициновая 2,5-5%, тетрациклиновая, линкомициновая и др.). Желая добиться кератопластического действия, мази рекомендовано использовать 2-3 раза день. Для кератолитического эффекта желательно накладывать мази под повязку или пленку 1-2 раза в день.

Крем – это мягкая лекарственная форма, состоящая из гидрофильной жировой основы и воды (густая эмульсия). Если частицы воды окружены маслом (вода в масле), то получается жирный крем, если наоборот (масло в воде), то образуется нежирный эмульсионный крем. Наиболее часто для крема используют основу, состоящую из равных частей ланолина, вазелина и воды. Кремы применяют при сухой коже, уменьшении ее эластичности и незначительных воспалительных явлениях. Входящий в крем ланолин (животный жир) делает кожу более мягкой, эластичной. Вода, находящаяся в креме, охлаждает кожу, осуществляя этим противовоспалительное действие. Крем хорошо переносится кожей, но

для детей вазелин, раздражающий кожу, заменяют касторовым или подсолнечным маслом. Рекомендовано втирать крем в пораженные участки 2-3 раза в день.

Карандаши, помада, губки – это лекарственные цилиндрические формы, имеющие при комнатной температуре плотную консистенцию и вмонтированные в оправу. Обычно в их состав входит воск, ланолин, масла (касторовое, какао, каритэ), масляные экстракты лекарственных растений, при необходимости в состав могут вводиться коагуляционные средства (азотнокислое серебро).

Помады используются с целью профилактики актинических, метеорологических и др. хейлитов. Карандаши используются в лечении грануляций и бородавок.

Лак — жидкость, быстро высыхающая на поверхности кожи, с образованием тонкой пленки. Чаще всего лак состоит из коллодия (Collodii elastici 97,0, OleumRicini 3,0), в который вводят различные лекарственные вещества (Ac.Salicylici, Resorcini, Gryseofulvini и др.). Обычно лак применяют при желании получить глубокое воздействие на ткань (например, на ногтевую пластинку) и на ограниченном участке.

Лосьон - жидкая лекарственная форма, являющаяся эмульсией «масло в воде» с максимальным содержанием воды в сравнение с кремом. Наиболее часто используется в качестве моющих и увлажняющих средств, применяющихся в острой стадии дерматозов с поражением больших по площади участков с обильным ростом волос и слизистых оболочек. Возможно частое использование.

Аэрозоль – это дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. По механизму действия близки к взбалтывающим взвесям, поэтому наиболее часто используются при воспалительных процессах кожи, сопровождающихся мокнутием.

Методика заключается в орошение поверхности пораженных участков 2-3 раза в день.

Мыла – это соли высших (стеариновой, пальмитиновой, лауриновой, леиновой), нафтеновых и смоляных кислот.

По составу различают щелочные мыла (в их состав входят соли жирных кислот и одновалентных щелочных металлов, они водорастворимы), металлические мыла (состоят из водонерастворимых солей, содержащих поливалентны металлы - магний, никель, марганец) и органические мыла (содержат жирные кислоты, в которых ионы водорода замещены органическими группами).

Щелочные и органические мыла образуют эмульсию «масло в воде», металлические – «вода в масле». Механизм действия обусловлен способностью эмульгировать жиры с последующим их растворением в воде, что очищает кожу от чешуек эпидермиса, кожного сала, микроорганизмов, пылевых частиц и одновременно подсушивает ее.

Пластырь— в его основу (emplastrum), кроме жира, входят воск или канифоль, нередко смолы, каучук и другие вещества. При включении в пластырь лекарственных веществ образуются лечебные пластыри (например, пластырь с мочевиной, салициловый, феноловый и др.). Так, для лечения онихомикозов используют салициловый пластырь (Ac.Salicylici, Emplastrum plumbi aa 50,0). Пластырь по сравнению с мазью имеет более густую и липкую консистенцию, действует глубже. Перед употреблением его нагревают, он прилипает к коже и плотно на ней удерживается, меняют раз в 2-3 дня.

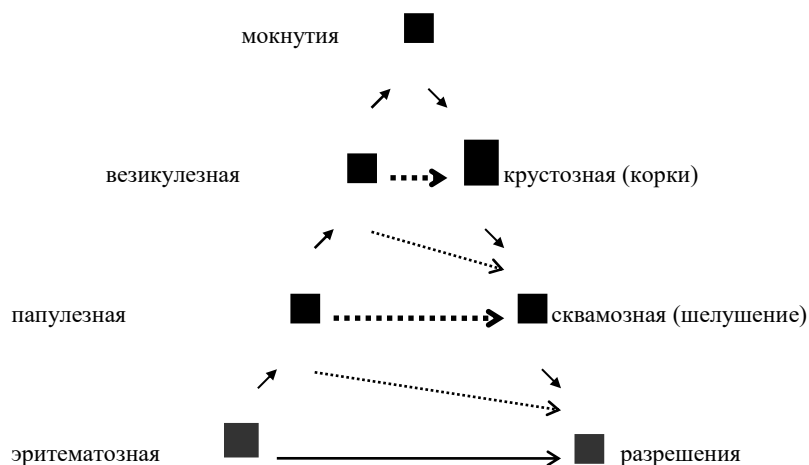
Примерные варианты использования различных лекарственных форм.

В качестве примера использования различных вариантов лекарственных форм можно рассмотреть такой дерматоз как экзема. Учитывая на какой стадии развития находится кожный процесс, что хорошо показывает треугольник Крейбиха,

нужно подбирать различные лекарственные препараты. При остром воспалении, проявляющемся яркой гиперемией, отеком и мокнутием назначают примочки или влажно-высыхающие повязки; после купирования мокнутия используют пасты, мази или кремы.

Треугольник Крейбиха.

стадии:



ГЛАВА IV

Неотложные состояния в практической медицине и помощь при них.

Анафилактический шок

Анафилактический шок - генерализованная аллергическая реакция немедленного типа, которая сопровождается понижением артериального давления и нарушением кровоснабжения внутренних органов.

Существует несколько форм анафилактического шока: генерализованная, гемодинамическая, асфиктическая, абдоминальная и церебральная. Они отличаются друг от друга клинической картиной (симптомами). Имеет три степени тяжести - легкую, среднюю, тяжелую.

Критерии	Легкая степень тяжести	Средняя степень	Тяжелая степень
Снижение АД	90/60 - 50/0	Не определяется	Не определяется

Период предвестников	5-10 мин	Секунды или минуты	Секунды или отсутствует
Потеря сознания	Кратковременная	Десятки минут	Более 1 часа
Эффект лечения	Положительный	Замедленный	Не наблюдается

Клиника:

Характерные симптомы шока (типичного)	изменение цвета кожных покровов (гиперемия кожи или бледность, цианоз); различные экзантемы\$ отек век, лица, слизистой носа; • холодный липкий пот\$ чихание, кашель, зуд слезотечение; рвота; клонические судороги конечностей (иногда судорожные припадки); двигательное беспокойство; «страх смерти»; непроизвольное выделение мочи, кала, газов.
При объективном клиническом обследовании выявляется	частый нитевидный пульс (на периферических сосудах); тахикардия (реже брадикардия, аритмия); тоны сердца глухие; артериальное давление быстро снижается (в тяжелых случаях нижнее давление не определяется).нарушение дыхания (одышка, затрудненное хрипящее дыхание с пеной изо рта); зрачки расширены и не реагируют на свет.

Алгоритм лечения анафилактического шока:

1. Неотложная помощь:

Уложить больного в положение Тренделенбурга (с приподнятым ногами), повернуть его голову набок, выдвинуть нижнюю челюсть для предупреждения западения языка, асфиксии и предотвращения аспирации рвотными массами. Обеспечить поступление свежего воздуха или проводить оксигенотерапию.

2. Необходимо прекратить дальнейшее поступление аллергена в организм:

а) при парентеральном введении аллергена:

— наложить жгут (если позволяет локализация) проксимальнее места введения аллергена на 30 минут, не сдавливая артерии (каждые 10 мин ослабляют жгут на 1-2 мин);

— обколоть «крестообразно» место инъекции (ужаления) 0,18 % раствора Адреналина (эпинефрина) 0,5 мл в 5,0 мл изотонического раствора натрия хлорида и приложить к нему лед (**терапия первого назначения!**).

б) при закапывании аллергенного медикамента в носовые ходы и конъюнктивальный мешок необходимо промыть проточной водой;

в) при пероральном приеме аллергена промыть больному желудок, если позволяет его состояние.

3. Противошоковые мероприятия:

а) немедленно ввести внутримышечно:

— раствора адреналина 0,3 – 0,5 мл (не более 1,0 мл). Повторное введение адреналина осуществляется с интервалом в 5 - 20 минут, контролируя артериальное давление;

— антигистаминные препараты: 1% раствор димедрола (дифенгидрамина) не более 1,0 мл (**предотвращает дальнейшее прогрессирование процесса**). Применение пипольфена противопоказано в связи с его выраженным гипотензивным эффектом!

б) восстановление внутрисосудистого объема начать с проведения внутривенной инфузионной терапии 0,9% раствором натрия хлорида с объемом введения не меньше 1 л. При отсутствии стабилизации гемодинамики в первые 10 минут в зависимости от тяжести шока повторно вводится коллоидный раствор (пентакрахмал) 1-4 мл/кг/мин. Объем и скорость инфузионной терапии определяется величиной АД, ЦВД и состоянием больного.

4. Противоаллергическая терапия: преднизолон 90-150 мг внутривенно струйно.

5. Симптоматическая терапия:

а) при сохраняющейся артериальной гипотензии, после восполнения объема циркулирующей крови – вазопрессорные амины внутривенное титрованное введение до достижения систолического артериального давления ≥ 90 ммрт.ст.: допамин внутривенно капельно со скоростью 4-10 мкг/кг/мин, но не более 15-20 мкг/кг/мин (200 мг допамина на 400 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора декстрозы) – инфузию проводят со скоростью 2-11 капль в минуту;

б) при развитии брадикардии вводят 0,1% раствор атропина 0,5 мл подкожно, при необходимости – вводят ту же дозу повторно через 5-10 мин;

в) при манифестировании бронхоспастического синдрома показано внутривенное струйное введение 2,4 % раствора эуфиллина (аминофиллина) 1,0 мл (не более 10,0 мл) на 20 мл изотонического раствора натрия хлорида; или ингаляционное введение β_2 - адреномиметиков – сальбутамол 2,5 – 5,0 мг через небулайзер;

г) в случае развития цианоза, появлении диспноэ или сухих хрипов при аускультации показана оксигенотерапия. В случае остановки дыхания показано проведение искусственной вентиляции легких. При отеке гортани – трахеостомия;

д) **обязательный постоянный контроль за функциями дыхания, состоянием сердечно-сосудистой системы (измеряя частоту сердечных сокращений и АД)!**

Показания к экстренной госпитализации: анафилактический шок – абсолютное показание к госпитализации больных после стабилизации состояния в отделение реанимации и интенсивной терапии.

Отек Квинке

Отек Квинке - острая, чаще аллергическая, реакция в форме резкого локального отека слизистых, кожи и глубоко лежащей клетчатки, нарушающая работу различных органов и протекающая с высокой вероятностью опасного для жизни анафилактического шока и отека горла. У 50% больных нередко развивается совместно с крапивницей.

Отек Квинке обычно держится от нескольких минут до суток, а далее может развиваться по трем «сценариям» — постепенно спадать, время от времени давать рецидивы или быстро нарастать, вызывая удушье, аллергический шок и гибель больного.

Особенности отека:

- выраженная плотность, когда при надавливании на опухший участок встречают сопротивление плотной ткани, поскольку жидкость, накапливающаяся в подкожной клетчатке, содержит большое количество белковых соединений, дающих выраженную плотность отекающей области;
- сильное натяжение кожи и напряженность тканей сопровождается распирающим, жжением;
- проявление болезненности при ощупывании отекающего участка;
- после надавливания на отечное место ямки от нажатия не остается;
- цвет кожи в месте отека может не меняться или быть розовым;
- при отеке слизистой органов дыхания, кожа лица на первой стадии краснеет, позже, при нарастании отека, становится синюшной, особенно вокруг носа и над верхней губой;
- если отек Квинке проявляется вместе с крапивницей, может наблюдаться: зуд, сыпь (волдыри), слезотечение и воспаление конъюнктивы, заложенность носа.

1. В обязательном порядке необходимы препараты, подавляющие активность гистамина в организме (Suprastin 2% — 2,0 в/м, Parlazin, Cetrine, Zodac).
2. Гормональная терапия: глюкокортикоиды (Prednisolonum 60—90 мг в/м или в/в; Dexason 8—12 мг в/в;)
3. Мочегонные препараты: Lasix 40—80 мг в/в струйно в 10—20 мл Solutionis Natrii chloridi isotonicae;
4. При гипотензии вводят Sol. Adrenalinum hydrochloridi 0,1% в/м 0,1–0,5 мл 0,1%; при асфиксии также необходимо ввести Sol. Adrenalinum hydrochloridi 0,1% в/м;
5. Препараты ингибиторы полимераз: Contrykali 30000 ЕД в Sol. Natrii chloridi isotonicae 0,9% — 250–400 мл;
6. Терапия, направленная на удаление токсинов из организма - гемосорбция, энтеросорбция;
7. При развитии бронхоспазма через небулайзер дают бронхолитические и противовоспалительные препараты.
8. При нарушении дыхания и цианозе кожных покровов и слизистых показана кислородотерапия.

Гипогликемическое состояние

Гипогликемическая кома — это острое состояние, представляющее собой реакцию организма на резкое падение концентрации углеводов (как правило, ниже 2 ммоль/л) в плазме крови и являющееся крайней степенью проявления гипогликемии. Кома проявляется потерей сознания, а также нейрогенными и нейрогликопеническими симптомами (компенсаторная активация вегетативной нервной системы, нарушение функций ЦНС).

Чаще всего состояние гипогликемической комы встречается у больных сахарным диабетом, получающих лечение инсулином или препаратами на основе сульфаниламидов.

Гипогликемическая кома развивается стремительно — в течение получаса и имеет несколько стадий:

- начальная;
- стадия нарушения психики (с возбуждением или без него).
- полная гипогликемическая кома.

Симптомы начальной стадии: обильное потоотделение; сильная слабость; чувство голода; тремор; головная боль; чувство онемения языка и губ; расстройства зрения (раздвоенность); ощущение покалывания в конечностях; учащенное сердцебиение; тошнота, рвота; подавленное настроение; возбуждение, проявление агрессии. Последние три симптома более характерны для пациентов детского возраста

Симптомы состояния психоза – поведение станет напоминать поведение человека в состоянии алкогольного опьянения, возникнут приступы агрессии, пациент будет пытаться совершить немотивированные поступки, могут появиться слуховые и зрительные галлюцинации. Человек в этом состоянии невменяем.

Полная гипогликемическая кома - характеризуется возникновением судорог, состоянием оглушенности, сопором и последующей полной потерей сознания. При отсутствии неотложной помощи гипогликемическая кома приводит к развитию отека мозга и смерти.

Неотложная помощь:

Легкая гипогликемия (не требующая помощи другого лица)

Прием быстро усваиваемых углеводов: сахар (3–5 кусков, лучше растворить), или мед или варенье (1–1,5 столовых ложки), или 200 мл сладкого фруктового сока, или 200 мл лимонада, или 4-5 больших таблеток глюкозы (по 3–4 г).

Тяжелая гипогликемия

- Пациента уложить на бок, освободить полость рта от остатков пищи. При потере сознания нельзя вливать в полость рта сладкие растворы (опасность асфиксии!).
- В/в струйно ввести 40 – 100 мл 40 % глюкозы, до полного восстановления сознания.
- Альтернатива – 1 мл р-ра глюкагона п/к или в/м (вводится родственником больного).
- Если сознание не восстанавливается после в/в введения 100 мл 40 % глюкозы – начать в/в капельное введение 5–10 % глюкозы и госпитализировать.
- Если причиной является передозировка пероральных сахароснижающих препаратов с большой продолжительностью действия, в/в капельное введение 5–10 % глюкозы продолжать до нормализации гликемии и полного выведения препарата из организма.

Бронхообструктивный синдром

Является осложнением обструктивной болезни легких характеризующейся нарушением вентиляции легких, в основе которого лежит нарушение бронхиальной проходимости.

Тактика: купирование одышки;

консультация терапевта, пульмонолога;

Клиника: затрудненный выдох и свистящее дыхание;

хрипы в легких, ЧДД>20 в минуту, учащение пульса

Неотложная помощь:

- ингаляции кислорода

- сальбутамол 2-4 вдоха оценка состояния через 10- 15 минут

- Димедрол 1% 1,0мл в/м (Платифиллин 0,2% 1,0 мл в/м)

При недостаточном эффекте:

- Преднизолон 60-120 мг в/м

- Эуфиллин 2,4% 10 мл в/в, медленно

Приступ бронхиальной астмы легкой степени тяжести

Характеризуется приступами одышки или удушья с затрудненным выдохом в связи с нарушением бронхиальной проходимости.

Тактика: купирование приступа

консультация терапевта/ пульмонолога

Клиника: возбужденное состояние пациента, разговор не затруднен;

свистящее дыхание в конце выдоха;

ЧДД до 18-23 в минуту, ЧСС 80-100 уд/минуту;

сухой, мучительный кашель, сухие хрипы на выдохе

Неотложная помощь: ингаляции кислорода повторять каждые 15-20 минут;

Беродуал 1-2 мл (20-40 капель) в 3 мл 0,9% раствора натрия хлорида ингаляционно через небулайзер ;

Эуфиллин 2,4% 10 мл в/в медленно.

Астматический статус

Угрожающее жизни состояние, возникающее в результате длительного некупирующегося приступа бронхиальной астмы, характеризующееся отеком бронхиол и накоплением в них вязкой мокроты, что приводит к нарастанию удушья и гипоксии.

Тактика: купирование приступа и уменьшение одышки;

восстановление дыхания;

госпитализация в реанимационное отделение;

Клиника:

-спутанность сознания

-затрудненное дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, парадоксальные торакоабдоминальные движения

- цианоз, исчезновения свистящего дыхания

- ЧДД > 30 движений в минуту, ЧСС < 60 ударов в минуту нарастание брадикардии

-нарастание дыхательной недостаточности и снижение АД

Неотложная помощь:

- ингаляции кислорода
 - сальбутамол 2-4 вдоха
 - Адреналин 0,1% 0,4 мл (Эфедрин 5% 0,5 1,0 мл)
 - Димедрол 1% 1,0мл в/м (Платифиллин 0,2% 1,0 мл в/м)
 - Преднизолон 60-120 мг в/м
 - Эуфиллин 2,4% 10 мл в/в, медленно
- оценка состояния через 10- 15 минут

При угрозе остановки дыхания:

- Адреналина гидрохлорид 0,1% 0,5 мл п/к

Коллапс

Остро развивающаяся сосудистая недостаточность, характеризующаяся падением сосудистого тонуса и уменьшением ОЦК; проявляется резким снижением артериального и венозного давления, признаками гипоксии головного мозга и угнетением жизненно важных функций организма.

Тактика: транспортировка на носилках в положении лежа;

нормализация гемодинамики, консультация терапевта при необходимости госпитализация в терапевтическое отделение;

Клиника: бледность кожных покровов;

глаза западают, зрачки расширяются;

холодный, липкий пот, сильнейшая адинамия;

поверхностное дыхание, пульс частый, нитевидный;

АД резко снижено, тоны сердца глухие;

Неотложная помощь: положение лежа, голова ниже ног; ингаляция кислорода

Кордиамин 2 мл + натрия хлорид 0,9% 10 мл в/в

Мезатон 1% 1 мл + натрия хлорид 0,9% 10 мл в/в

Преднизолон 60-90 мг (2-3 мл) + натрия хлорид 0,9% 20 мл в/в

Обморок.

Внезапная кратковременная потеря сознания, вызванная острой гипоксией головного мозга

Тактика: восстановление сознания; госпитализации не требуется.

Клиника: сознание отсутствует, возможны судороги;

бледность кожных покровов, слабый пульс, дыхание поверхностное;

АД снижено, тоны сердца приглушены;

Неотложная помощь: положение лежа, голова ниже ног;

обеспечить доступ свежего воздуха/ингаляция кислорода;

вдыхание паров нашатырного спирта и растирание висков спиртом;

Кордиамин 2 мл в/м

Кофеин-бензоат натрия 20% 1-2 мл п/к

Сульфокамфокаин 10% 2 мл п/к

Список литературы

1. Практические навыки в дерматологии: справочник для врачей/ Т.В. Соколова, В.В. Гладько, Л.А. Сафонова; под ред. Т.В. Соколовой. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство», 2012. – 136 с.
2. Распознавание болезней кожи/ Н.С. Потекаев, Н.Н. Потекаев, А.Н. Львов – М.: Группа МДВ, 2016. – 120 с., ил.
3. Диагностические индексы в дерматологии/ В.П. Адашкевич – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352с.: ил.
4. Наружная терапия дерматозов: руководство для врачей/ В.В. Дубенский, А.А. Гармонов – Тверь – 2007. – 220 с.
5. Кожные и венерические болезни: учебник/ под ред. Олисовой О.Ю. – М.: Практическая медицина, 2015. – 288 с.: ил.
6. Кожные и венерические болезни: Справочник/ под ред. Иванова О.Л. – М.: Медицина, 1997. – 352 с.: ил.
7. Лечение кожных болезней: Руководство для врачей/ под ред. Машкиллейсона А.Л. – М.: Медицина, 1990. – 560 с.