

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ НАРОДОВ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**



В. М. КОЗИН, Ю.В. КОЗИНА

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

Рекомендовано учебно-методическим объединением по высшему медицинскому, фармацевтическому образованию в качестве учебно-методического пособия для студентов учреждения высшего образования, обучающихся по специальности 1-79 01 01 «Лечебное дело»

Витебск, 2020

УДК 616.5(072)

ББК 55.83я73

К 59

Рецензенты:

Хворик Д.Ф. – доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой дерматовенерологии

Гродненского государственного медицинского университета;

Музыченко А.П. – заведующий кафедрой кожных и венерических
болезней Белорусского государственного медицинского
университета, кандидат медицинских наук, доцент.

**К 59 Козин В. М. Клиническая дерматология : уч.-метод.
пособие / В. М. Козин, Ю. В. Козина. – Витебск ВГМУ.
2020. – 182 с.: ил.**

ISBN 978-985-580-013-3

Базовым материалом для написания учебно-методического пособия «Клиническая дерматология» (автор: В.М. Козин, Ю.В. Козина) является учебное пособие в таблицах «Дерматология» опубликованное в 1999 году издательством «Вышэйшая школа» (автор В.М. Козин).

В учебно-методическом пособии «Клиническая дерматология» внесены краткое описание нескольких дерматозов, новых методов диагностики и препаратов для лечения кожных заболеваний (саркома Капоши, В-клеточная лимфома, саркоидоз, метод PASI при псориазе, SCORAD при атопическом дерматите; иммунобиологические препараты; при пузырьчатке – определение десмоглеинов I и III, энвоплакина и др.; дерматоскопия, ультразвук при базалиоме, меланоме; УФБ-спектра в дерматологии).

Пособие состоит из 106 таблиц и приложения – 41 фоторисунка.

Предназначено для студентов медицинских ВУЗов, врачей дерматологов и врачей других специальностей

УДК 616.5(072)

ББК 55.83я73

ISBN 978-985-580-013-3

© Козин В.М., Козина Ю.В., 2020

© Витебский государственный
медицинский университет, 2020

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	7
ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ ДЕРМАТОЛОГИИ	8
СТРОЕНИЕ КОЖИ, ЕЕ ФУНКЦИИ	8
Таблица 1. Строение кожи взрослых и детей, слизистой оболочки рта и губ	8
Таблица 2. Функции кожи, слизистой оболочки рта у взрослых, особенности функции кожи у детей	11
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА	13
Таблица 3. Осмотр, специальные приемы и методы дерматологических исследований	13
Таблица 4. Последовательность описания кожных сыпей (дерматологический статус)	16
Таблица 5. Первичные морфологические элементы	17
Таблица 6. Вторичные морфологические элементы	18
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ	20
Таблица 7. Перечень кожных заболеваний и их диагностических симптомов, феноменов, признаков, других специальных исследований	20
Таблица 8. Основные гистопатологические процессы в коже	32
СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ	33
Таблица 9. Пероральные, парентеральные препараты и методы физиотерапии, применяемые в дерматологии	33
НАРУЖНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ	37
Таблица 10. Наружные средства, применяемые в дерматологии	38
Таблица 11. Сравнительная характеристика лекарственных форм, применяемых в дерматологии	38
ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ (описание, рецептура)	39
Пудры (присыпки)	39
Таблица 12. Прописи дерматологических присыпок	40
Растворы, применяемые для примочек	40
Таблица 13. Прописи растворов, применяемых для примочек	40
Взбалтываемые взвеси (болтушки)	41
Таблица 14. Примеры прописей взбалтываемых взвесей (болтушек)	41
Аэрозоли	42
Мази	42
Таблица 15. Рецепты кератопластических и кератолитических мазей	43
Кремы	45
Таблица 16. Прописи некоторых кремов, применяемых при лечении дерматозов	45
Пасты дерматологические	46
Таблица 17. Рецепты дерматологических паст	46
Лаки дерматологические	46
Таблица 18. Прописи некоторых дерматологических лаков	47
Пластыри дерматологические	47
Таблица 19. Рецепты некоторых пластырей, применяемых для лечения дерматозов	47
Противозудные средства	48
Таблица 20. Рецепты спиртовых растворов	48
Кортикостероидные средства	48
Классификация стероидных препаратов для местного применения	49
Глюкокортикостероиды для местного применения, не содержащие галоиды, с небольшой активностью	49
Таблица 21. Рецепты глюкокортикостероидных препаратов с небольшой активностью	50
Глюкокортикостероиды для местного применения, содержащие галоиды, со средней и высокой степенью активности	50
Таблица 22. Глюкокортикостероидные препараты со средней и высокой степенью активности	51
КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ	52
ПИОДЕРМИИ (гнойничковые болезни кожи)	52
Таблица 23. Общая характеристика пиодермий	53
Стрептококковые пиодермии	53
Таблица 24. Стрептодермии	54
Атипичные формы стрептодермий	54
Таблица 25. Атипичные формы стрептодермий	55
Стафилококковые пиодермии	56
Таблица 26. Стафилодермии	57
Стафилодермии у новорожденных*	59
Таблица 27. Стафилодермии у новорожденных	59
Стрептостафилодермии (смешанные пиодермии)	60
Таблица 28. Стрептостафилодермии	60

Хроническая глубокая пиодермия	62
Таблица 29. Разновидности хронической глубокой пиодермии и их клиническая характеристика	62
Таблица 30. Схемы применения некоторых антибиотиков при пиодермиях	65
Наружные средства для лечения пиодермий	67
Таблица 31. Рецепты наружных средств для лечения пиодермитов	67
МИКОБАКТЕРИАЛЬНЫЕ И ПРОТОЗОЙНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	69
Таблица 32. Туберкулез кожи	69
Таблица 33. Лепра (проказа)	72
Таблица 34. Кожный лейшманиоз Старого и Нового Света	74
ДЕРМАТОЗЫ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ЭКТОПАРАЗИТАМИ	76
Таблица 35. Чесотка	77
Наружные противочесоточные средства	79
Таблица 36. Средства для лечения чесотки	79
Таблица 37. Педикулез	79
МИКОЗЫ (грибковые заболевания)	81
Таблица 38. Классификация микозов	81
Кератомикозы	82
Таблица 39. Разноцветный (отрубевидный) лишай	82
Таблица 40. Эритразма (поверхностный псевдомикоз)	83
ДЕРМАТОФИТИИ (общие сведения)	85
Таблица 41. Дерматофитии (общие сведения)	85
Таблица 42. Эпидермофития	85
Таблица 43. Руброфития	87
Таблица 44. Трихофития	88
Таблица 45. Микроспория	89
Таблица 46. Фавус (парша)	90
КАНДИДОЗ	92
Таблица 47. Поверхностный кандидоз слизистых, кожи, ногтей	92
Таблица 48. Схемы применения противогрибковых антибиотиков при дерматофитиях и кандидозе	94
Наружные средства, применяемые для лечения микозов	95
Таблица 49. Рецепты наружных средств, применяемых для лечения дерматофитий и их профилактики	96
Наружные противокандидозные средства	98
Таблица 50. Рецепты наружных противокандидозных средств	99
ВИРУСНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ	99
Таблица 51. Простой герпес	100
Таблица 52. Опоясывающий герпес	103
Таблица 53. Бородавки	104
Таблица 54. Остроконечные кондиломы (Аногенитальные бородавки)	106
Таблица 55. Контактный моллюск	107
Наружные средства, применяемые при вирусных дерматозах	107
Таблица 56. Противовирусные, прижигающие и цитотоксические препараты	108
ДЕРМАТИТЫ	109
Таблица 57. Дерматиты	110
Таблица 58. Токсидермии	111
Таблица 59. Экзема (инфекционный дерматит)	114
Таблица 60. Аллергические васкулиты кожи	116
Таблица 61. Профдерматозы	120
НЕЙРОАЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ (зудящие дерматозы)	121
Таблица 62. Нейродермит. Кожный зуд. Атопический дерматит (АД)	122
Таблица 63. Крапивница (urtikaria)	124
Таблица 64. Почесуха (пруриго)	125
ПАПУЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	127
Таблица 65. Псориаз (чешуйчатый лишай)	127
Таблица 66. Алгоритм постановки развернутого диагноза псориаза	130
Таблица 67. Средства и методы терапии тяжелых форм псориаза*	131
Наружные средства для лечения псориаза	132
Таблица 68. Рецептура местных средств, применяемых при псориазе	133
Таблица 69. Красный плоский лишай	134
ЭРИТЕМЫ	136
Таблица 70. Многоформная экссудативная эритема	136
Таблица 71. Розовый лишай	138
ВИТИЛИГО	138
Таблица 72. Витилиго (песь)	139

Наружные средства, применяемые при лечении витилиго	140
Таблица 73. Наружные средства для лечения витилиго	140
БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	141
Таблица 74. Склеродермия	141
Наружные средства, применяемые при лечении склеродермии	143
Таблица 75. Рецептúra средств для лечения склеродермии	143
Таблица 76. Красная волчанка	143
Наружные средства, применяемые для профилактики и лечения эритематоза	145
Таблица 77. Рецепты наружных средств с фотозащитными и противовоспалительными свойствами	146
ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ	146
Таблица 78. Пузырчатка (пемфигус)	
Таблица 79. Паранеопластическая пузырчатка (паранеопластический пемфигус)	148
Таблица 80. Герпетиформный дерматоз Дюринга	149
Таблица 81. Буллезный пемфигоид	150
Таблица 82. Рубцующийся пемфигоид	151
Наружные средства, применяемые при буллезных дерматозах	152
Таблица 83. Некоторые наружные средства, применяемые при лечении буллезных дерматозов	152
БОЛЕЗНИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ И ВОЛОС	153
Таблица 84. Себорея	154
Таблица 85. Себорейная алопеция	156
Таблица 86. Себорейный дерматит	157
Таблица 87. Угри вульгарные (юношеские)	158
Таблица 88. Розовые угри (Розацеа)	160
Наружные средства для лечения себореи и угревой сыпи	161
Таблица 89. Рецепты наружных средств для лечения себореи и угревой сыпи	162
Таблица 90. Гнездная алопеция	163
Наружные средства для лечения облысения (алопеции)	165
Таблица 91. Рецептúra наружных средств для лечения алопеции	166
ГЕНОДЕРМАТОЗЫ	166
Таблица 92. Ихтиозы	167
Таблица 93. Буллезный врожденный эпидермолиз (врожденная пузырчатка)	169
Таблица 94. Фолликулярные кератозы	170
Таблица 95. Кератодермии	172
Таблица 96. Т-клеточные лимфомы кожи (ТКЛК)	173
Таблица 97. В-клеточные лимфомы кожи (ВКЛК)	175
НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ (доброкачественные, предраковые, злокачественные)	177
Таблица 98. Основные доброкачественные, предраковые и злокачественные новообразования кожи	177
Таблица 99. Доброкачественные новообразования кожи	178
Таблица 100. Невусы	182
Таблица 101. Предраковые новообразования	185
Таблица 102. Злокачественные новообразования	188
Таблица 103. Саркома Капоши	191
Таблица 104. Особенности кожных проявлений при СПИДе	193
ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭКЗАНТЕМЫ	194
Таблица 105. Кожные проявления инфекционных экзантем и их дифференциальный диагноз	195
Таблица 106. Саркоидоз кожи	196
ЛИТЕРАТУРА	199
ПРИЛОЖЕНИЕ: Дерматологические фотоматериалы	200

**Авторы учебно-методического пособия:
Козин В.М., Козина Ю.В. «Клиническая дерматология»**



КОЗИН Владимир Михайлович, профессор, доктор медицинских наук, профессор кафедры Дерматовенерологии Витебского государственного медицинского университета. Автор и соавтор 200 научных и учебно-методических работ, в т. ч., 7 монографий, 15 учебных пособий и руководств для студентов и врачей. Научные работы посвящены патогенезу, терапии псориаза, нейродермита, herpes simplex, урогенитальному хламидиозу, гарднереллезу, трихомониазу, по изучению сифилитической инфекции, тропической дерматовенерологии. Автор оригинальных и эффективных способов фитобальнеотерапии хронических зудящих дерматозов – «Оксидат торфа», «Бионорм»; ультрафонофорез фторированных кортикостероидов, интерлейкин-2 (ронколейкин), азитромицин, макропен, препарат «Дазолик» и др.

Профессор В.М. Козин опубликовал статьи: атрофия кожи, туберозный склероз, саркоидоз кожи, врожденная телеангиэктатическая мраморная кожа, зоонозный лейшманиоз, невусы Оты и Ито и др.

У.М. Козін «Абраны ганаровым сябрам Беларускай грамадскай арганізацыі дэрматолагаў і касметолагаў». За выбітны ўнёсак у айчынную дэрматавенералогію.



КОЗИНА Юлия Владимировна, доцент, кандидат медицинских наук, доцент кафедры Дерматовенерологии Витебского государственного медицинского университета. Автор и соавтор 60 научных и учебных публикаций. Соавтор учебно-методических пособий: «Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем» (2), «Сифилис», «Тропическая дерматовенерология» (2). Соучастник опубликования статей по аплазии кожи, гипомеланозу Ито, туберозному склерозу, эритематозу, саркоидозу. Впервые обосновала и применила при псориазе методы бальнеотерапии из бурых морских водорослей и низкомолекулярный гепарин – далтепарин натрия. Является соавтором Инструкции по применению МЗ РБ «Методика фито-

бальнеотерапии пациентов с распространенным обыкновенным псориазом». Докладчик съездов дерматовенерологов РБ, участник и докладчик VIII съезда Европейской Академии Дерматологии и Венерологии, г. Париж (Франция).

ПРЕДИСЛОВИЕ

В пособии представлены учебные таблицы по темам дерматологии, изучение которых предусмотрено Программой МЗ РБ подготовки студентов на 3 и 4 курсах лечебного факультета медицинского университета. В них приведены основные понятия, знание которых требуется при подготовке к практическим занятиям и курсовому экзамену по дерматовенерологии. Изложены краткие общие сведения о строении кожи и ее функциях, вопросы семиотики кожных болезней, особенности дерматологических исследований, перечень диагностических признаков кожных заболеваний, методов общей терапии дерматозов. Уделено внимание наружной фармакотерапии дерматозов, лекарственным дерматологическим формам, способам их применения и рецептуре, рекомендациям по рациональному назначению местных кортикостероидов.

В алгоритм изучения тем по клинической дерматологии включены современные новые методы диагностики с применением PASI (псориаз), SCORAD (атопический дерматит) и схемы общей терапии конкретных дерматозов. Отдельными таблицами вынесены основные схемы системного применения антибиотиков, противогрибковых препаратов; методов и средств терапии тяжелых форм псориаза, включая иммунобиологические препараты. После описания дерматозов приведена рецептура известных и новых средств, применяемых для их наружного лечения. С современных позиций рассматриваются вопросы иммуногенетической диагностики, клиники и лечения буллезных дерматозов, генодерматозов, Т-клеточных и В-клеточных лимфом, новообразований кожи; саркоидоза кожи.

В пособие также введено краткое описание инфекционных экзантем с акцентом на их отличия от наиболее распространенных дерматозов (аллергический дерматит, токсидермии, эритемы, васкулиты, пиодермии и др.). В связи с актуальностью проблемы СПИД сформирован табличный раздел, касающийся особенностей кожных проявлений при ВИЧ-инфекции.

Учебное пособие предназначено для студентов медицинских университетов, начинающих дерматологов, слушателей курсов повышения квалификации.

Авторы благодарят рецензентов профессора Д.Ф. Хворика и доцента А.П. Музыченко за ценные замечания при подготовке рукописи к изданию, выражает признательность С.И. Чернякову, Е.В. Изофатовой, сотрудникам ВГМУ.

*Профессор В.М. Козин,
Доцент Ю.В. Козина
март, 2020 г.*

ВОПРОСЫ ОБЩЕЙ ДЕРМАТОЛОГИИ СТРОЕНИЕ КОЖИ, ЕЕ ФУНКЦИИ

Кожа – один из важнейших органов, участвующих в поддержании гомеостаза человека (рис.1). Являясь уникальным полифункциональным мембранным образованием, она через сенсорные и защитные механизмы осуществляет контакт человека с внешним миром, отражает качество функционирования внутренних органов, эндокринной и нервной систем. В процессе онтогенеза в коже человека сложилась высокоразвитая иммунная система, которая служит первым барьером на пути проникновения в организм инфекции и других патологических субстанций. Незначительные нарушения деятельности организма нередко сопровождаются кожными проявлениями, сигнализирующими о наличии висцеральной патологии или нарушений нервной системы.

Многообразие экзогенных и эндогенных причин и провоцирующих факторов обуславливают полиморфизм кожных сыпей (ответной реакции организма), которые имеют свои характерные клинические особенности (табл. 1, 2).

Таблица 1. Строение кожи взрослых и детей, слизистой оболочки рта и губ

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общее строение кожи	Эпидермис Дерма Гиподерма Придатки кожи
Строение эпидермиса	Эпидермис – многослойный ороговевающий эпителий. Состоит из пяти слоев клеток: базального (зародышевого), шиповатого, зернистого, блестящего, рогового. Полная смена эпидермиса происходит в течение 59-65 дней
Базальный слой	Представлен одним рядом цилиндрических зародышевых клеток с высокой митотической активностью, соединенных десмосомами; меланоцитами (10-15 % клеток этого слоя); клетками Лангерганса; осязательными клетками Меркеля
Слой шиповатых клеток	Состоит из 3-8 рядов кубических эпидермоцитов с цитоплазматическими выростами (шипами или акантами), десмосомальными структурами, которые обеспечивают контакт клеток. Содержат в цитоплазме кератиносомы. Выявляются также дендритические клетки Лангерганса
Зернистый слой	Состоит из 1-3 рядов ромбовидных клеток (на подошвах и ладонях до 10 рядов). Клетки содержат зерна кератогиалина (профилагрина и большое количество кератиносом). Ядра имеют признаки пикноза
Блестящий слой	Состоит из 1-2 рядов гомогенных блестящих клеток с плохо различимыми границами. Содержит элеидин (кератолинин)
Роговой слой	Представлен множеством черепицеобразных плотно прилегающих кератиновых безъядерных пластинок, соединенных редуцированными десмосомами, невидимо отторгающихся (физиологическое шелушение)
Базальная мембрана (дермоэпидермальное соединение)	Повторяет рельеф эпидермальных тяжей, вдающихся в дерму. Состоит из нескольких компонентов: полудесмосом клеточных мембран базальных эпителиоцитов; базальной пластинки, состоящей из коллагеновых белков и неколлагеновых гликопротеидов; светлой пластинки – тонких филаментов, соединяющих базальную мембрану с клеточной мембраной эпителиоцитов; фиброретикулярной пластинки – тонких коллагеновых крепящих фибрилл, которые подходят к базальной пластинке
Дерма (собственно кожа)	Состоит из клеточных элементов, волокнистых субстанций и межклеточного вещества. Подразделяется на сосочковый и сетчатый слои
Сосочковый слой (подэпителиальный)	Представлен аморфным веществом и нежнволоконистой соединительной тканью (коллагеновые, эластические и аргирофильные волокна). Из клеточных элементов выявляются фибробласты, фиброциты, гистиоциты, тучные, блуждающие клетки, меланофаги. Имеются сосуды, нервные окончания
Сетчатый слой	Образует строму дермы, состоящую из пучков коллагеновых и сети эластических волокон. Клеточных элементов содержится меньше, чем в сосочковом слое
Гиподерма	Пучки соединительной ткани с большим количеством шарообразных жировых клеток. Содержит кровеносные и лимфатические сосуды, нервные стволы и окончания, потовые железы, волосяные фолликулы. Фасцией сливается с периостом и апоневрозом мышц

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Мышцы кожи	Представляют собой пучки гладких мышечных волокон вокруг сосудов, волосяных фолликулов, клеточных элементов и расположенных автономно. Поперечнополосатые мышцы располагаются в коже лица (мимические)
Кровеносная система	Представлена глубокими сплетениями – фасциальным и субдермальным, и поверхностным сосудистым сплетением (на границе сетчатого и сосочкового слоя). Артериолы образуют аркады петлеобразного строения в сосочках дермы, а посткапиллярные венулы (более крупные венозные сосуды) – четыре венозных сплетения по ходу артериальных сосудов. Характеризуются высокой степенью анастомозирования между сосудами разного калибра, наличием гломусов и клубочков, бескапиллярных соединений артериол и венул
Лимфатическая система	Представляет собой капиллярную сеть над поверхностным и глубоким сосудистыми сплетениями, сеть анастомозов, и задерживающую клапанную систему, которые на границе с апоневрозом и фасцией мышц образуют кожные лимфатические сплетения. Удаление белков, жиров, бактерий, остатков тканей, собирающихся в верхних и нижних лимфатических сплетениях
Иннервация кожи	Глубокие нервные сплетения заложены в подкожной жировой клетчатке, поверхностные – в нижних отделах сосочкового слоя, безмиелиновые волокна проникают до зернистого слоя эпидермиса. Нервные окончания в виде разветвлений и клубочков иннервируют сальные и потовые железы, волосяные фолликулы, сосуды. Различают нервные аппараты в виде инкапсулированных телец и нервных окончаний: осязательные клетки Меркеля и тельца Мейснера, колбы Краузе (чувство холода), тельца Руффини (ощущение тепла), пластинчатые тельца Фатера-Пачини (положение в пространстве, ощущение давления). Свободные нервные окончания, имеющиеся в эпидермисе, обеспечивают чувство боли, зуда, жжения, прикосновения
Придатки кожи	Волосы. Ногти. Потовые железы. Сальные железы
Волосы	Бывают пушковые, щетинистые (брови, ресницы, борода, усы, гениталии), длинные (волосистая часть головы). Цвет волос обусловлен пигментом (эумеланин), содержащимся в мозговом веществе волос, который продуцируется ДОФА-положительными меланоцитами. Волосы растут 0,3-0,5 мм в сутки
Ногти	Построены из плотно прилегающих роговых пластинок с блестящей наружной оболочкой. Ногтевое ложе ограничено ногтевым валиком, связанным с пластинкой ногтевой кожицей (эпонихий). Беловатый участок у основания ногтя – ногтевая луночка. Рост тела ногтя осуществляется за счет клеток матрикса – эпидермиса, лишённого зернистого и рогового слоев. Смена ногтевой пластинки длится до 6-12 и более месяцев
Потовые железы	Бывают мерокринные (экринные) и апокринные. Мерокринные железы расположены по всему телу, не связаны с фолликулами. Мерокринный тип выделения пота осуществляется путем секреции, осмоса, диффузии. Мерокринные железы отсутствуют на красной кайме губ, головке полового члена, внутреннем листке крайней плоти, наружной поверхности малых половых губ. Апокринные железы более крупные и залегают глубже, располагаются и впадают в устья волосяных фолликулов и сальных желез, залегают в коже гениталий, ануса, ареоле рудных сосков, подмышечных впадинах. При апокринном типе секреции часть клеток отторгается вместе с секретом. Выделение секрета потовых желез регулируется потовым центром промежуточного мозга (третий желудочек)
Сальные железы	Представляют собой сложное альвеолярное образование с голокриновой секрецией и жировой метаплазией секреторных клеток. Сальные железы (обычно 6-8) окружают волосяные фолликулы и впадают в их верхнюю треть, выделяют смазку (липидная мантия). Изолированные от волосяных фолликулов сальные железы расположены на лице, головке полового члена, крайней плоти, малых половых губах. Сальные железы отсутствуют на ладонях и подошвах
Особенности строения кожи детей	У новорожденных эпидермис покрыт кожной смазкой (перидермой). Выявляются три слоя: базальный, шиповидный и роговой; зернистый и роговой слои определяются только на ладонях и подошвах

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Эпидермис	Ороговевающие клетки расположены рыхло, митозы выявляются как в базальном, так и в шиповидном и зернистом слоях. Сосочки и эпидермальные тяжи сформированы плохо, рисунок кожи нечеткий, имеет бархатистый вид
Дерма	Преобладают клеточные элементы: гистиоциты, фибробласты, ретикулоциты, лимфоциты, меланофоры, меланобласты, мастоциты. Эластические и коллагеновые волокна недоразвиты, тонкие или толстые. Аргирофильные волокна короткие, извиты слабо. Сосочковый слой сглажен, может быть в виде волнистой линии. Сосочки выражены только на ладонях, подошвах, тыле кистей и стоп, красной кайме губ
Гиподерма	Определяется обилие жировых долек, придающих гиподерме рыхлый характер. Жировые дольки ограничены незрелыми коллагеновыми волокнами. В жировых клетках преобладают жирные кислоты с высоким углеродным числом (стеариновая, пальмитиновая), придающим высокий тургор детской коже и склонность к уплотнению (склерема, склеродерма)
Кровеносная система	Сосуды расположены поверхностно, выстилаются одним рядом эндотелиальных клеток, что создает повышенную проницаемость сосудов и состояние «физиологической гиперемии»
Потовые железы	Эккринные и апокринные железы сформированы хорошо, функционально мало активны (несовершенство центров потоотделения, корко-подкорковых взаимоотношений). Невидимое потоотделение (perspiratio insensibilis) осуществляется эккринными потовыми железами. Взрослый тип потоотделения формируется к периоду полового созревания.
Сальные железы	Имеют более крупные размеры, хорошо выражены в области лица, волосистой части головы, спины, ануса, гениталий. С ростом ребенка салоотделение уменьшается, часть желез атрофируется
Волосы	Первичные (детские) волосы после рождения ребенка быстро выпадают. Кожа покрыта, в основном, пушковыми волосами (lanugo). Рост длинных волос наблюдается в области черепа, щетинистых – в области бровей и ресниц. В период полового созревания появляется рост волос на лобке, в подмышечных впадинах, на лице (у мальчиков)
Мышцы кожи	Гладкомышечные волокна кожи мошонки, ануса, грудных сосков, подмышечных областей тонкие, разрыхлены; формируются к периоду полового созревания
Нервная системе	В связи с тонким эпидермисом, недоразвитием волокон дермы кожа склонна к повышенной раздражимости нервных аппаратов, которые практически не отличаются по строению от аналогичных образований взрослого человека
Строение слизистой оболочки рта	Состоит из трех отделов: - эпителий; - собственный слой слизистой оболочки; - подслизистая основа
Характеристика слизистой оболочки рта	Представлена базальным и шиповатым слоями. Клетки базального слоя имеют цилиндрическую форму, расположены полисадообразно на базальной мембране, обладают высокой митотической активностью со временем оборота 6-7 дней (в коже 21-22 дня). Обнаруживаются клетки Лангерганса, местами меланоциты, лейкоциты. Шиповатый слой состоит из 3-5 рядов клеток с тонофибриллами (2 нижних ряда). Верхние ряды уплощаются, уплотняются, ороговевают, накапливают α-кератин, ядра сохраняются (физиологический паракератоз). Эпителий ороговевает с потерей ядер в области твердого неба, языка, частично десен. Появление таких ороговевающих клеток на других участках полости рта является симптомом некоторых заболеваний (лейкоплакия, красный плоский лишай, красная волчанка)
Характеристика соединительно-тканной части слизистой оболочки рта	Базальные клетки эпителия граничат с мембраной, состоящей из эластических, коллагеновых, преколлагеновых волокон и составляющих основу слизистой оболочки рта. Содержит кровеносные и лимфатические сосуды, нервные окончания, многочисленные мелкие слюнные железы. В подслизистой основе выявляется сеть коллагеновых и эластических волокон, глубокая сосудистая сеть, клеточные элементы (лимфоциты, плазматические клетки), клубочки слюнных желез
Строение слизистой оболочки языка	На спинке языка выделяют 4 вида сосочков: нитевидные; грибовидные; желобовидные; листовидные

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	Содержат чувствительные клубочки (отсутствуют в нитевидных сосочках). При некоторых заболеваниях сосочки атрофируются (малиновый язык), при сосочковом глоссите – ороговевают. Слизистая корня языка не имеет сосочков, содержит большое число лимфоидных фолликулов
Слизистая десен	Слизистая десен лишена рогового, блестящего и зернистого слоев. Шиповатый слой представлен пластинчатыми клетками с пузырьобразными ядрами. Собственный слой слизистой оболочки десен состоит из соединительно-тканых клеток, межучного вещества и преимущественно коллагеновых волокон. Поверхностный сосочковый слой образует четко контурирующие сосочки, проникающие в эпителий. Рыхлая соединительная ткань типа подслизистой отсутствует. В сетчатом слое залегают сосуды и нервы. Соединительная ткань десен сращена с надкостницей альвеолярных отростков
Губы	Состоят из пучков круговых мышц, покрытых снаружи кожей прочно соединенной с мышечным слоем. Различают 3 части губ: - кожную; - красную кайму (переход от кожи к слизистой с сальными железами в углах рта); - слизистую. Красная кайма губ (ККГ) полностью не ороговевает, верхний слой эпителия пропитан элаидином, который придает ей прозрачность. Типичный роговой, блестящий и зернистый слои отсутствуют – это так называемая наружная зона. Внутренняя зона ККГ переходит в слизистую оболочку рта (зона Клейна), содержит паракератотические эпителиальные клетки и удлиненные дермальные сосочки
Нервный аппарат слизистой рта, губ, десен, языка	Чувствительным нервом полости рта, губ и большей передней части языка является тройничный, идущий от полулунного Гассерова ганглия. Заднюю часть языка иннервирует языкоглоточный нерв. Вкусовые качества обеспечиваются веточками лицевого нерва. Движение языка осуществляет подъязычный нерв
Сосудистая система слизистой оболочки рта, языка, красной каймы губ	Представлена густой сетью капилляров, венул, лимфатическими сосудами. Обильная лимфатическая ткань находится в миндалинах, корне языка в виде возвышений – крипт.
Малые слюнные железы	Различают губные, щечные, небные, язычные слюнные железы. На нижней поверхности кончика языка расположена смешанная парная железа размером с горошину; на корне языка – серозные железы; в области язычных миндалин – муциновые железы. Слюнные железы имеют парасимпатическую и симпатическую иннервацию, регулирующую ЦНС через бульбарные центры

Таблица 2. **Функции кожи, слизистой оболочки рта у взрослых, особенности функции кожи у детей**

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Основные функции кожи	Иммунная (орган иммунитета) Защитная. Секреторная Резорбционная и дыхательная Терморегуляционная Обменная Рецепторная
Иммунная функция	Обеспечивается сложной иммунореактивной системой эпидермиса, дермы и подкожной клетчатки, препятствующей проникновению и распространению чужеродных антигенов в организме человека. Эту функцию осуществляют: 1) кератиноциты (морфологически и функционально сходны с эпителиальными клетками тимуса): - экспрессируют на своей поверхности антигены гистосовместимости (HLA-DR); - обеспечивают контакт с клетками Лангерганса (внутриэпидермальными макрофагами), представляющими информацию Т-лимфоцитам; - способствуют созреванию Т-лимфоцитов; - непосредственно взаимодействуют с Т-лимфоцитами;

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>- продуцируют ряд медиаторов иммунного ответа (цитокины, интерлейкины); - включают цепь воспалительных реакций (простагландины, лейкотриены и др.); 2) Т-лимфоциты – 90 % располагаются в части эпидермиса и в верхних слоях дермы (в основном периваскулярно). Соотношение Тхелперы /Тсупрессоры = 0,93-0,96; 3) В -лимфоциты находятся в средних и глубоких слоях дермы (продукция антител); 4) эндотелиальные клетки посткапиллярных венул верхнего сосудистого сплетения; 5) макрофагальная система – фибробласты, гистиоциты; дендритические клетки, имеющие рецепторы к С₃ и Fc – фрагменту Ig G; 6) тучные клетки – реакции гиперчувствительности немедленного типа; 7) клетки – пришельцы (моноциты, нейтрофилы, базофилы, эритроциты) – осуществляют взаимодействие Т-лимфоцитов с неспецифическими факторами защиты; 8) базальная мембрана препятствует проникновению в эпидермис ЦИК, антител, аутоантител и других биологически активных медиаторов</p>
Защитная функция	<p>Роговой слой, содержащий кератины и липиды, обеспечивает устойчивость к химическим и физическим воздействиям, обладает значительной электросопротивляемостью, предотвращает высыхание кожи благодаря наличию водно-липидной мантии, осуществляет защиту от микробной флоры (физиологическое шелушение, кислая реакция pH, низкомолекулярные жирные кислоты), фото- и радиопротекторное действие (пигмент меланин). Прочность кожи к механическим воздействиям обеспечивается коллагеновыми, эластическими волокнами и подкожной жировой клетчаткой</p>
Секреторная функция	<p>Продукция кератиноцитами основного белка эпидермиса – кератина. Сальные железы продуцируют кожное сало, содержащее жирные кислоты, эфиры холестерина, свободный холестерин, алифатические спирты, углеводороды, глицерин, азотистые и фосфатные соединения. Свободные жирные кислоты обладают стерилизующими свойствами. Выделяют токсические вещества, образующиеся в кишечнике, среднемoleкулярные пептиды, ряд лекарственных препаратов. Потовые железы, продуцируя пот, охлаждают кожу, участвуют в терморегуляции, pH эккринных потовых желез слабокислый. Пот содержит воду, небольшое количество сульфатов, фосфатов, натрия и калия хлорид, мочевины, мочевую кислоту, аммиак, аминокислоты, креатинин и др. Апокринные потовые железы имеют более щелочной pH, регулируются деятельностью половых желез, реагируют на стрессовые ситуации, эндокринные дисфункции, изменение внешней температуры. Потовые железы экскретируют углеводы, витамины, гормоны, ферменты, микро-элементы и значительное количество воды, осуществляя невидимое потоотделение (физиологическое)</p>
Резорбционная и дыхательная функции	<p>Резорбция различных жирорастворимых лекарственных веществ осуществляется через сальные и потовые железы, в меньшей мере – через роговой слой. При воспалении кожи резорбция веществ резко усиливается вследствие расширения сосудов дермы и патологических изменений эпидермиса. Кожа поглощает 1/180 кислорода и выделяет 1/90 углекислого газа от легочного объема</p>
Терморегуляционная функция	<p>Обеспечивается частично низкой теплопроводностью рогового слоя, волокнистыми структурами дермы, подкожной жировой клетчаткой, состоянием крово- и лимфообращения в коже, выделительной способностью потовых и сальных желез</p>
Обменная функция	<p>Благодаря гидрофильности структур дермы и подкожной клетчатки в них задерживаются минеральные вещества, витамины, микроэлементы, накапливаются аллергены и токсические продукты (углеводы, холестерин, йод, бром, аминокислоты, желчные кислоты, продукты перекисного окисления липидов). Важная роль отводится витаминам А, Е, D, группы В, никотиновой кислоте в процессах кератинизации, углеводного и белкового обмена, детоксикации, противомикробной защите. В коже осуществляется синтез эргокальциферола, происходит накопление витамина А, частичный синтез половых гормонов</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Рецепторная функция	Кожа чувствительна к магнитно-радиационным атмосферным воздействиям, внешним раздражающим факторам, являясь мощным высокоспециализированным рецепторным полем, воспринимающим тепло, холод, боль, прикосновение. Проецирует функциональные и органические изменения внутренних органов, ЦНС, эндокринной и иммунной систем, осуществляет дермонейротропные и дермовисцеральные связи
Функции слизистой рта	Защитные функция обеспечивается постоянным пересыщением слизистой оболочки водой, наличием лизоцима, антител, что препятствует проникновению бактериальной флоры. Пищеварительная – начальная фаза обработки пищевых веществ. Рецепторная – ощущение тепла, холода, боли, вкуса; реакция на прикосновение более выражена по сравнению с кожной рецепцией. Отражает качество функционирования ЖКТ. Секрет больших и малых слюнных желез исследуется с диагностическими и научными целями
Особенности функции кожи у детей Особенности детского организма	Слабость гипофизарно-надпочечниковой системы. Недостаточная зрелость клеток коры головного мозга и вегетативной нервной системы. Преобладание процессов охранительного торможения (сон). Высокая интенсивность обменных процессов, функции тимуса, регенераторных процессов
Общие свойства кожи детей	Недифференцированность клеток соединительной ткани. Обильная васкуляризация. Гидрофильность. Слабая теплопроводность. Недостаточность функции потовых и сальных желез. Повышенная раздражимость. Выделение воды и минеральных веществ преимущественно через кожу. Повышенная резорбционная способность, особенно при явлениях воспаления кожи
Защитная функция кожи детей	Несовершенство ретикуло-гистиоцитарной системы. Пассивный врожденный иммунитет к инфекции выражен слабо (у новорожденных). Система меланиногенеза полностью не сформирована. Снижена бактерицидность водно-липидной мантии (нейтральной или слабощелочной pH). Склонность к образованию трещин, ссадин, пиодермии, сепсиса. Инфекции больше подвержены дети от 1 года до 8 лет. У новорожденных и детей младшего возраста ослаблен синтез витамина Д и снижены процессы кератинизации

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКАЯ СЕМИОТИКА

В данный раздел включены:

- особенности осмотра, приемов и методов обследования кожного больного (табл. 3);
- критерии и последовательность описания кожных сыпей (дерматологический статус) (табл. 4);
- характеристика первичных и вторичных морфологических элементов (табл. 5, 6; рис. 2, 3);
- описание диагностических симптомов, феноменов, признаков кожных заболеваний, предусмотренных программой обучения для студентов 3-4, 6 курсов медицинского института, а также других дерматозов и кожных проявлений заболеваний, встречающихся в практике дерматолога и врачей различных профилей (табл. 7);
- характеристика основных гистопатологических процессов в коже (табл. 8; рис. 4, 5, 6, 7).

Таблица 3. Осмотр, специальные приемы и методы дерматологических исследований

Перечень приемов и методов	Характеристика приемов и методов	Клинические примеры
Осмотр кожных покровов ad oculus	Проводят при рассеянном дневном свете и температуре комфорта в помещении (22-23°C). Слизистую рта осматривают с помощью яркого направленного электрического света. Проводят осмотр всего кожного покрова. Оценивают его окраску, влажность, дермографизм, наличие рубчиков, пигментации и др.	В норме кожа европейцев бледно-розового цвета, матовая, эластичная без жирного блеска, зияющих устьев сальных желез и признаков шелушения. Синюшный цвет кожного покрова характерен для сердечной и дыхательной недостаточности, сине-бурый – для акроцианоза, болезни Рейно, желтый – для
		желтухи, землистый – для цирроза печени, серо-черный – для ихтиоза, бронзовый – для болезни Аддисона. При вегетоневрозах, дисгидрозе кожа влажная, при атопическом дерматите, ихтиозе – сухая
Осмотр кожного покрова и очагов поражения с помощью лупы (желательно бинокулярной)	В ряде случаев осмотр очагов поражения проводят с помощью лупы, что позволяет уточнить (выявить) характер чешуек, наличие валиков, западений (вдавлений)	Метод позволяет выявить симптом «шипика» при красной волчанке, валик в виде «жемчужин» при базалиоме, западение, вдавление на поверхности элементов при многоформной экссудативной эритеме, красном плоском лишае
Пальпация (ощупывание)	Этим способом определяют эластичность и тургор кожи, изменение температуры в области участков пораженной и видимо здоровой кожи. Пальпаторно определяют расположение патологического элемента в коже, его величину, консистенцию, связь с окружающими тканями, болезненность	При старении кожи, эксикозах у детей тургор кожи снижается. При некоторых состояниях («cutis laxa») кожа может быть сверхэластичной (растяжимой). При эритродермии, рожистом воспалении кожа горячая на ощупь; при болезни Рейно, склеродермии, акроцианозе – холодная. Эпидермальное, эпидермально-дермальное, дермальное, субдермальное расположение. Размеры с просо, чечевицу, лесной орех, вишневую косточку, грецкий орех, сливу. Четко определяются в коже – дерматофибромы, нечетко – абсцессы, флегмоны
Поскабливание (граттаж)	Проводят предметным стеклом или затупленным скальпелем. Метод позволяет определить (уточнить) характер шелушения, внутриэпидермальную прочность чешуек, характерные симптомы некоторых заболеваний	Мелко- или крупнопластинчатое, отрубевидное, муковидное шелушение. Чешуйки легко соскабливаются при отрубевидном лишае и псориазе, прочно удерживаются при красной волчанке, ихтиозе. Метод позволяет выявить триаду феноменов при псориазе (послойное поскабливание эпидермиса), феномен «стружки» при отрубевидном лишае, симптомы Никольского (II, III) при вульгарной пузырчатке

Перечень приемов и методов	Характеристика приемов и методов	Клинические примеры
Диаскопия (витропрессия)	Слегка надавливают на исследуемый участок кожи предметным стеклом (часовым стеклом, стеклянным шпателем) или диаскопом (прозрачная жесткая пластмассовая пластинка). Определяют происхождение элемента, отдельные феномены	Элемент сосудистый – бледнеет или исчезает (эритема). Элемент геморрагический или пигментный – не исчезает при диаскопии (геморрагический васкулит, сосудистые и пигментные невусы). Выявляют феномен «яблочного желе» при туберкулезной волчанке, лейшманиозе
Специальные лабораторные методы исследования	Люминесцентная диагностика с помощью лампы Вуда. Исследование на акантолитические клетки мазков-отпечатков с эрозий на слизистой рта и кожном покрове. Микроскопическая и культуральная диагностика чешуек, волос, соскобов ногтей, содержимого пустул, отделяемого эрозий и язв	Определяет характер свечения при микроспории, эритразме, отрубевидном лишае, эритематозе и невидимые ad oculus участки поражения. Вульгарная пузырчатка. Дерматомикозы, кандидозы, инфекции кожи и мягких тканей
	Обнаружение чесоточного клеща, клеща-железницы (<i>Demodex folliculorum</i>)	Чесотка, псевдочесотка Розовые угри
	Исследование на LE-клетки Полимеразная цепная реакция (ПЦР). Определение в эрозиях и биологических жидкостях специфических антигенов с помощью ДНК-зондов. Посев материала из очагов инфекции и определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам	Красная волчанка Герпесы (специфичность до 100%) Распространенные поверхностные и глубокие формы пиодермии
Дерматоскопия	Дерматологические критерии по морфологическим структурам при светодиодном освещении кожи в 20 и более раз	Особенно при пигментных новообразованиях
Ультразвуковое исследование	УЗИ 20-100 Мгц в коже глубина волн до 3,5 мм и ниже	Меланома, склеродермия
Гистологическое исследование биопсии	Применяется в неясных случаях для подтверждения диагноза и с научными целями	Неясные дерматозы Туберкулез кожи Гемобластозы Лепра Глубокие микозы Пигментные
Выявление аллергических реакций	Кожные тесты (проводят в период ремиссии): - аппликационные; - скарификационные; - внутрикожные. Исследования крови: - тест дегрануляции базофилов, тучных клеток; - реакция бласттрансформации лимфоцитов; - реакция лейколизиса	Дерматиты Экземы Токсидермии Перед назначением антибиотиков и других препаратов
Иммуно-диагностика	Тест розеткообразования лимфоцитов и нейтрофилов (фагоцитоз). Реакция бластной трансформации лимфоцитов. Изучение действия лекарственных препаратов на иммунокомпетентные клетки in vitro. Методика НИФ и ПИФ: определение в сыворотке крови десмоглеинов I, III, антигенов 180 кД и 230 кД, энвоплакина, антигенов 190 и 210 кД, отложения IgA и комплемента в сосочках и др.	Первый уровень определения иммунного статуса с целью назначения иммуностимулирующей (тактивин, спленин и др.) или иммунодепрессивной (цитостатики, циклоsporин и др.) терапии при различных дерматозах. Пузырчатки акантолитические, пемфигоиды, дерматоз Дюринга

Таблица 4. Последовательность описания кожных сыпей (дерматологический статус)

Перечень критериев	Характеристика сыпей и клинические примеры
Распространенность сыпи	Ограниченная, распространенная (диссеминированная, диффузная), универсальная
Преимущественная (излюбленная) локализация	Разгибательные поверхности коленных и локтевых суставов, конечностей (псориаз); локтевые и подколенные ямки (нейродермит); лицо (красная волчанка, вульгарные угри); нижние конечности (узловатая эритема)
Расположение: - симметричное - асимметричное. По ходу нервов Склонность к слиянию элементов Склонность к группировке	Истинная экзема, псориаз, нейродермит. Микробная экзема, контактный дерматит, унilaterальные дерматозы (невусы, линейная склеродермия и др.). Опоясывающий лишай. Псориаз, красный плоский лишай. Простой герпес, дерматит Дюринга
Морфологические элементы: Первичные Вторичные	Пятно, папула, бугорок, узел, волдырь, пузырек, пузырь, гнойничок, опухоль. Дисхромии, чешуйки, корки, эрозии, эксфолиации, трещины, язвы, рубцы, лихенификация, вегетации
Сыпь мономорфная	Наличие одного первичного элемента (папулы при псориазе, пузыри при пузырчатке)
Сыпь полиморфная	Наличие одновременно нескольких первичных элементов (папулы, волдыри, пузыри, эритема – многоформная эритема, дерматит Дюринга)
Характер кожного процесса	Воспалительный острый, подострый (с мокнутием, без мокнутия) – экземы, дерматиты; воспалительный хронический (псориаз); невоспалительный (остроконечные кондиломы, бородавки и др.)
Цвет элементов	Фиолетово-лиловый с восковидным блеском (красный плоский лишай); розовый (псориаз); синюшно-красный (многоформная эритема); желтоватый (туберкулезная волчанка)
Величина элементов	Милиарные (с просыное зерно); лентикулярные (с чечевицу), каплевидные (с горошину); монетовидные; бляшки (с ладонь и более); диффузные (сливная сыпь, поражающая значительные участки тела)
Очертания элементов (очагов)	Правильные, неправильные, овальные, округлые, линейные, полигональные (многоугольные), фестончатые, географические
Границы	Резкие (четкие) – псориазные папулы, бляшки; нерезкие (нечеткие) – при истинной экземе, дерматитах
Поверхность	Щероховатая, гладкая, бугристая, блестящая, матовая, зернистая
Форма	Плоская (псориаз), полушаровидная (сифилитический бугорок), конусовидная (красный волосяной лишай), плоская с вдавлением в центре (красный плоский лишай) или западением в центре (многоформная эритема)
Консистенция	Плотная (базалиома); плотно-эластическая (твердый шанкр, сифилитические папулы); плотноватая (псориаз, красный плоский лишай); тестоватая (липомы); мягкая (туберкулезный бугорок); деревянистая (актиномикоз)
Глубина залегания элемента	Эпидермальный (бородавки); эпидермально-дермальный (псориаз, красный плоский лишай); дермальный (многоформная эритема, папилломы); субдермальный (гумма, узловатая эритема) слои
Отношение к фолликулам	Фолликулярные (связанные с волосяным фолликулом, сальными, потовыми железами) – фолликулит, вульгарные угри, гидраденит; нефолликулярные – стрептококковые фликтены
Определение характерных симптомов, феноменов, признаков заболевания	Псориазная триада, появление новых элементов – изоморфная реакция Кебнера (псориаз, красный плоский лишай). На локтях пустулы+геморрагические корки –Симптом Горчакова-Арди (чесотка) и другие (см. табл. 7)

Таблица 5. Первичные морфологические элементы

Первичные элементы и их определение	Клинические разновидности	Основные гистологические изменения	Разновидности по величине	Возможный вторичный элемент	Клинические примеры
1. Пятно (macula) – характеризуется изменением цвета кожи на ограниченном участке	Воспалительное	Расширение сосудов	Розеола Эритема	Чешуйка Рубцовая атрофия Пигментация	Токсидермия Дерматиты
	Геморрагическое	Разрыв сосудов, нарушение проницаемости и сосудов	Петехии (точечные) Пурпура (множественные) Вибицес (полосовидные геморрагии) Экхимоз (крупные геморрагии) Гематома (выступающее кровоизлияние)	Исчезают Исчезают Исчезают Возможна атрофия	Васкулиты
	Пигментное	Увеличение или уменьшение пигмента	Мелкие, средние, крупные	Гипопигментация	Пигментные невусы Витилиго
	Эритематозно-сквамозное	Гиперкератоз Гиперемия	-	Гипер- и гипопигментация	Микроспория Рубромикоз
2. Узелок (papula) – компактный поверхностный элемент воспалительного или невоспалительного характера, выступающий над поверхностью кожи, имеющий различную форму и консистенцию	Эпидермальный	Гиперкератоз Акантоз	Милярный	Пигментация	Бородавки
	Эпидермально-дермальный	Инфильтрация в сосочковом слое	Лентикулярный Нуммулярный Бляшка	Лихенификация Vegetация Трещина Чешуйка	Псориаз, красный плоский лишай
	Дермальный	Гранулез в эпидермисе Папилломатоз	Пигментации	Ссадина Экскориации	Папилломы Многоформная эритема
3. Бугорок (tuberculum) – невогнестровоспалительный бесполостной инфильтративный элемент полушаровидной формы размером с вишневую косточку	До 10 мм	Инфекционная гранулема с некрозом в сетчатом слое	До 10 мм Крупные, выступающие	Язва Рубец Рубцовая атрофия	Бугорковый сифилид, бугорки при лепре, лейшманиозе, туберкулезной волчанке
4. Узел (nodus) – ограниченное уплотнение размером 5-6 см и более, округлой (овальной) формы, залегающее в дерме и подкожной жировой клетчатке	1-2 см и более	Пролиферативное или специфическое воспаление, начинающееся в дерме	1-2 см и более	Язва Рубец Рубцовая атрофия	Гумма Скрофулодерма Лепромы Узловатая эритема Индуративная эритема Базена

Первичные элементы и их определение	Клинические разновидности	Основные гистологические изменения	Разновидности по величине	Возможный вторичный элемент	Клинические примеры
5. Волдырь (urtica) – ограниченный бесполостный элемент островоспалительного характера плотноватой консистенции, подушко-образно возвышающийся над поверхностью кожи	Различной величины по диаметру	Ограниченный отек сосочкового слоя	Различной величины по диаметру	Проходящее ишемическое пятно	Крапивница Дерматоз Дюринга Фотодерматит
6. Пузырек (vesicula) – содержащий жидкость, полушаровидной формы размером до 5 мм	Однокамерный	Спонгиоз	До 0,5 см в диаметре	Эрозия Корка Чешуйка	Экзема Герпес Дисгидротическая экзема
	Многокамерный	Балонирующая дегенерация Вакуольная дегенерация			
7. Пузырь (bulla) – полостной элемент, содержащий жидкость, выступающий над уровнем кожи, округлых (овальных) очертаний, размером более 5 мм	Внутриэпидермальный	Акантолиз	Более 5 мм в диаметре (10-15 см и более)	Пигментация Эрозия Веgetация	Истинная пузырчатка (пемфигус) Пемфигоиды
	Подэпидермальный	Расслоение дермо-эпидермального соединения			
8. Гнойничок (pustula) – полостное образование размером с просяное зерно и более, заполненное гнойным содержимым, полушаровидной, конусовидной или плоской формы	Поверхностный	Поверхностный или глубокий абсцесс	1-2 мм	Эрозия	Остиофолликулит
	Глубокий	Гнойный глубокий процесс	До 1-5 см и более	Язва Веgetация Корка	Эктима Вегетирующая пузырчатка
	Фолликулярный	Гнойное содержимое фолликула	Поражение фолликула и их клетчатки	Язва	Фурункул Гидраденит
	Нефолликулярный	Гнойное содержимое без фолликула	Не фолликулярное поражение	Эрозия Язва	Импетиго Эктима
	Смешанный	Содержимое фолликула и кожи без фолликула	1-2 мм (остиофолликулит), до 5-7 см (карбункул)	Эрозия Язва	Вульгарное импетиго Вульгарная эктима

Таблица 6. Вторичные морфологические элементы

Вторичные элементы и их характеристика	Клинические разновидности	Клинические примеры
1. Дисхромия кожи (dischromia) – нарушение пигментации кожи после разрешения первичных элементов (папулы, пузырьки, пузыри, гнойнички и др.)	Гиперпигментации (отложение меланина)	Буроватые, коричневые пятна
	Депигментации (гипопигментации) (уменьшение меланина)	Вторичная лейкодерма при псориазе, отрубевидном лишае
2. Чешуйка (squama) – отторгающиеся роговые клетки эпидермиса (наблюдаются при разрешении пятен, узелков, бугорков и др.) различного цвета (блестящие, беловатые, буровато-	Отрубевидные	Псориаз, отрубевидный лишай
	Крупнопластинчатые	Токсидермии. Дерматиты
	В виде пластов	Синдром Лайелла
	Асбестовидные	Асбестовидный лишай
	В виде воротничка	Папулезный сифилид

Вторичные элементы и их характеристика	Клинические разновидности	Клинические примеры
желтые, серо-черные)	Складчатые	Розовый лишай
	Плотносидающие с наличием шипика	Дискоидная красная волчанка
3. Корка (crusta) – продукт подсыхания экссудата, образующегося в пузырьках, пузырях, пустулах, отделяемом эрозий, язв, при распаде язв, опухолей	Серозные	Экзема
	Гнойные	Вульгарное импетиго, рупия
	Кровянистые	Экзема Капоши
	Тонкие плоские	Стрептококковое импетиго
	Толстые, слоистые, рыхлые	Вульгарное импетиго
	Плотные	Экзема
	Устрицеобразные	Сифилитические язвы вторичного периода, рупия
	Блюдцеобразные	Фавус
4. Трещина (fissure, rhagas) – линейный дефект кожи вследствие потери ею эластичности или воспалительного процесса. Чаще образуются в складках, углах рта, в области суставов, пяток, межпальцевых поверхностях	Поверхностные в пределах эпидермиса (исчезают бесследно)	Экзема кистей, стоп (роговая), межпальцевая эпидермофития, заеды, опрелость и др.
	Глубокие (в пределах дермы) образуют рубцы	Инфильтрация Гоцзингера (кисетообразный рот) при сифилисе
5. Ссадина (excoriatio, экскорияция) – нарушение целостности кожи в результате ее механического повреждение, расчесов, или искусственно искусственного воздействия различными предметами (патомимия)	Поверхностные (в пределах эпидермиса и частично сосочкового слоя)	Чесотка. Кожный зуд
	Глубокие (захватывают сосочковый и сетчатый слои кожи, «биопсирующие расчесы»). Форма – линейная, полосовидная, округлая	Нейродермит Узловатая почесуха
6. Эрозия (erosio) – дефект кожи в пределах эпидермиса или частично сосочкового слоя дермы. Образуются на месте вскрывшихся пузырьков, пузырей, поверхностных пустул. Ярко-красного цвета с серозным отделяемым, корками	Мелкоточечные в виде «серозных колодцев»	Дисгидроз Истинная экзема
	Различных размеров и очертаний при слиянии (вскрытии) пузырьков, пузырей, явлениях мацерации	Острая экзема, истинная пузырчатка, стрептококковое импетиго, диффузная стрептодермия, опрелость
7. Язва (ulcus) – глубокий дефект кожи, поражающий эпидермис, дерму, а нередко и нижележащие ткани. Образуется при вскрытии фурункулов, бугорков, узлов, распаде опухолей, трофических нарушениях. Заживает рубцом	Описывают по форме, характеру краев (подрытые, отвесные, развороченные, каллезные, мягкие, возвышающиеся), дна (ровное, гладкое, неровное, кратероподобное), наличию грануляций, вегетаций, отделяемого, корок, признакам воспаления вокруг язвы, которые указывают ее размеры	Специфические (сифилис, туберкулез, лепра, лейшманиоз) и онкодерматозы (базалиома, злокачественные опухоли), трофические язвы, язвенные формы васкулитов, имеющие характерные отличия
8. Рубец (cicatrix) – грубоволокнистое соединительнотканное разрастание, замещающее глубокие дефекты кожи. Отсутствуют волосные фолликулы, сальные и потовые железы, сосуды, эластические волокна. Образуются после порезов, ожогов, изъязвлений, глубоких пустул, бугорков, узлов, трещин	Плоские (на уровне кожи)	Глубокие фолликулиты
	Гипертрофические рубцы	Разрез кожи при операциях, диатермокоагуляция
	Келоиды – опухолевидные фиброзные разрастания кожи, значительно выходящие за пределы раны (клешнеобразно)	Угри, ожоги, язвы и др.
	Атрофические (ниже поверхности кожи)	Туберкулезная волчанка

Вторичные элементы и их характеристика	Клинические разновидности	Клинические примеры
	Рубцовая атрофия (образуется без язвенного дефекта)	Дискоидная красная волчанка
9. <i>Vegetация</i> (vegetatio) – ворсинчато-подобные или кератотические образования, возникающие в результате разрастания сосочков кожи, утолщения шиповатого слоя эпидермиса	В виде цветной капусты	Остроконечные кондиломы
	В виде роговых наслоений	Вульгарные бородавки
	На эрозивных поверхностях	Вегетирующая пузырчатка
	На папулах	Широкие кондиломы
10. <i>Лихенификация</i> (lichenificatio) – утолщение, уплотнение кожи с усилением ее рисунка, шероховатой поверхностью (вид шагреновой кожи) в результате длительного расчесывания («излюбленных») участков кожи	Локтевые, подколенные ямки, тыл стоп, аногенитальная область	Ограниченный нейродермит Атопический нейродермит
	Область бляшек	Псориаз Хроническая экзема
	Дополнительный симптом – «лакированные ногти»	Нейродермит

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В учебной и специальной литературе по дерматологии приводятся разнообразные симптомы, феномены, признаки, специальные приемы и пробы, лабораторные и инструментальные методы, знание которых имеет определяющее или вспомогательное значение в диагностике и дифференциальном диагнозе дерматозов. В таблице 7 приведен их систематизированный перечень (по группам заболеваний или нозологическим единицам), а в таблице 8 – характеристика гистопатологических процессов в коже.

Таблица 7. Перечень кожных заболеваний и их диагностических симптомов, феноменов, признаков, других специальных исследований

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
	Алопеции
«Биллиардного шара» симптом	Сглаженность фолликулов в местах отсутствия волос. Признак гнездного облысения
«Зоны расшатанных волос» симптом	Пограничная к очагу облысения зона, в которой волосы легко выпадают. Признак гнездной алопеции
Сабуро симптом	В очагах облысения волосы имеют форму восклицательного знака. Признак гнездной алопеции
	Васкулиты
Верко симптом	Подногтевые кровоизлияния в виде линий и точек. Возможный признак узловой эритемы
«Взорванной звезды» симптом	Характерный вид ливедо при узелковом периартериите
Кебнера симптом	Появление свежих высыпаний на месте травматизации или раздражения кожи. Признак прогрессивной стадии псориаза, красного плоского лишая. Встречается при сифилисе, юношеских бородавках, прогрессивном пигментном дерматозе Шамберга, ювенильном ревматоидном артрите, болезни Кирле и других болезнях
Кончаловского-Румпеля-Леёде («жгута») симптом	Появление петехий на коже плеча и предплечья после непродолжительного сдавливания плеча жгутом или резиновой манжеткой сфигмоманометра (при сохранении пульса на лучевой артерии). Признак повышенной ломкости и проницаемости капилляров и прекапилляров при васкулитах, сыпном тифе
«Пустого пальца» симптом	Появление после легкого надавливания на кожу вмятины, сохраняющейся в течение некоторого времени после прекращения давления. Признак облитерирующего эндартериита, обусловленный патологическими изменениями подкожной клетчатки; лучше проявляется на пальцах и на пятке
Рейно симптом	Приступообразная синюшность или бледность пальцев (реже носа или ушей) под воздействием холода или при волнении. Признак ангиопатии, нередко наблюдается в начальной стадии больших коллагенозов

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
Хехта симптом	Легкий щипок кожи вызывает появление мелких кровоизлияний. Признак ломкости мелких кровеносных сосудов
«Холодной воды» симптом	Внезапное побледнение, похолодание пальцев и снижение их чувствительности при опускании в холодную воду. Признак болезни Рейно
«Шнура» симптом	Наличие плотного валика в виде шнура по периферии эритемы. Признак центробежной кольцевидной эритемы Дарье
«Зерен горчицы» вид	Гемобласты Лихеноидные папулы и петехии с темными корочками, имеющие зернистый вид. Признак болезни Леттерерра-Сиве
Поспелова симптом	Высыпания, напоминающие по своей плотности картон. Признак второй (инфильтративно-бляшечной) стадии грибовидного микоза
Унны (набухания) симптом	Способность сыпи приобретать вид уртикоподобного отека после трения элемента, укола иглой или горячей ванны. Патогномичный признак мастоцитоза
Бенье конусы	Генодерматозы Черные точечные папулы на тыльной поверхности проксимальных фаланг пальцев рук. Признак красного отрубевидного волосяного лишая Девержи
«Брызги грязи»	Пигментация в виде полос, лент, причудливых очертаний с зигзагообразными краями. Признак синдрома Сульцбергера-Блоха
«Бутылки» симптом	Колбообразная деформация бедра. Признак болезни Гоше
«Заячья губа»	Аномалия развития: наличие щели верхней губы, идущей от ее красной каймы к носу. Признак, встречающийся при врожденном сифилисе, врожденной аплазии кожи
«Кнопки звонка» симптом	Наличие грыжеподобных мягких выпячиваний, при надавливании на которые палец легко утопает. Признак болезни Реклингаузена
«Конской стопы» симптом	Свисающая стопа вследствие поражения общего малоберцового нерва. Признак лепры, встречается при синдроме Блума
«Кофе с молоком» цвет	Желтовато-коричневое окрашивание пигментных пятен. Признак болезни Реклингаузена и разноцветного лишая
«Морды бульдога» симптом	Отвисание кожи щек. Признак синдрома «вялой кожи»
Поспелова феномен	Возникновение звука царапания при проведении иглой или бумагой по элементам сыпи. Признак шиповидного лишая
«Птичий нос»	Образование клювовидного носа в результате атрофии кожи. Признак склеродермии, прогерии взрослых, синдрома Ротмунда
«Разлитой воды» симптом	Характерные поражения кожи, захватывающие обширные области. Признак гигантского пигментного невуса
«Рыбий рот»	Полуоткрытый рот на фоне отека лица. Признак, встречающийся при врожденном ихтиозе
«Седловидный нос»	Западение спинки носа вследствие разрушения хрящевой перегородки. Признак, встречающийся при вторичном, третичном, врожденном сифилисе, лепре, ангидротической эктодермальной дисплазии
«Склеродермическая маска»	Наличие «птичьего носа», суженного ротового отверстия, заостренного подбородка. Признак склеродермии, прогерии взрослых, синдрома Ротмунда
«Терки» симптом	Ощущение «терки» при проведении пальцем по поверхности папул, покрытых чешуйками или шипиками. Признак, встречающийся при вторичном сифилисе, шиповидном лишае, лихеноидном туберкулезе кожи
«Уши сатира»	Неправильной формы заостренные оттопыренные уши. Признак синдрома Сименса
«Часовые стекла»	Широкие куполообразные ногти. Признак хронических заболеваний легких, сердца и крови. Встречается при пахидермопериостозе
«Шкура животного»	Гигантские невусы, захватывающие значительные участки кожного покрова. Признак бородавчато-гиперкератотического невуса

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
Брудзинского симптом	<p style="text-align: center;">Глубокие микозы и псевдомикозы</p> Непроизвольное приподнимание надплечий и сгибание рук в локтевых суставах при надавливании на щеку ниже скуловой дуги. Признак туберкулезного менингита. Встречается при поражении ЦНС у больных генерализованным кандидозом и криптококкозом
Кернига симптом	Невозможность пассивного разгибания ноги, предварительно согнутой под прямым углом в тазобедренном и коленном суставах. Признак острого (сифилитического) менингита, встречающийся при поражении ЦНС у больных генерализованным кандидозом, криптококкозом
«Промокательной бумаги» вид	Характерный вид отделяемого из ушей, цвет которого зависит от цвета грибка. Признак аспергиллеза
«Снежной метели» симптом	Диффузная кальцинация легких. Рентгенологический признак гистоплазмоза
«Цветной капусты» симптом	Характерный вид папилломатозных разрастаний при остроконечных кондиломах, хромомикозе
«Кровавый пот» ложный	Красный цвет пота, встречающийся при подкрыльцовом трихонкардиозе
«Бабочки» симптом	<p style="text-align: center;">Дерматиты, токсидермии</p> Наличие эритемы на спинке носа и на щеках (обычно в области скуловых дуг), по своим очертаниям напоминающей бабочку. Признак, встречающийся при красной волчанке, инфекционной эритеме (пятая болезнь), узелковом периартериите, пеллагре, синдроме Блума, токсидермии от приема фенотиазинов, эритематозно-сквамозной форме поздней кожной порфирии
«Географический язык»	Наличие причудливых фигур, окруженных белой каймой, возникающих из-за десквамации эпителия вследствие нарушений желудочно-кишечного тракта, иннервации языка. Встречается при экссудативном диатезе
«Малиновый язык»	Характерный цвет языка. Признак токсидермии на препараты пиразолонового ряда
Местной эозинофилии феномен	Увеличение процентного содержания эозинофилов в клеточном составе отпечатка с участка обнаженного глубокого слоя эпидермиса после предварительной аппликации аллергена
Моргана складки	Подчеркнутые складки на темных нижних веках, на верхних веках складки также усиливаются. Это придает лицу характерный «усталый» вид. Признак атопического дерматита
«Пестрой кожи» симптом	Нарушение пигментации на месте разрешения лучевого дерматита
«Почечного лица» симптом	Глазные щели резко сужены или полностью закрыты отечными веками. Признак заболевания почек, встречается при аллергическом дерматите
«Простыни» симптом	При малейшем прикосновении эпидермис легко отделяется на обширном протяжении. Признак синдрома Лайелла
«Птичьи глазки»	Мелкие, глубокие язвочки круглой или овальной формы, окруженные инфильтративным валиком и покрытые черной, слегка западающей и плотно сидящей корочкой в результате попадания облигатных раздражителей в слабых концентрациях
«Карнавальная маски» симптом	<p style="text-align: center;">Дерматомиозит</p> Изборожденное складками, плаксивое выражение лица вследствие гипомимии
«Лестницы» («автобуса») симптом	Затрудненное движение по ступенькам вверх, обусловленное поражением мышц ног
«Очкообразная» эритема	Отек и гиперемия вокруг глаз
«Рубашки» симптом	Невозможность поднять предмет в руке, одеться, снять рубашку. Признак дерматомиозита, обусловленный поражением мышц шеи и плечевого пояса
«Утиная» походка	Медленная, мелкими шажками походка на прямых или широко расставленных ногах, переваливаясь из стороны в сторону

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
«Гусиная кожа»	<p style="text-align: center;">Зудящие дерматозы</p> Мышечно-волосковый рефлекс при прикосновении холодным предметом к коже. Отсутствует при нарушении симпатической иннервации (ихтиоз, чесуха Гебры), повышен при диффузном нейродермите
Лобитца-Кемпбелла феномен	Через 3-5 минут после внутрикожного введения ацетилхолина в области инъекции наступает не расширение кожных сосудов, а побледнение, держащееся 15-30 минут. Признак диффузного нейродермита
Никольского симптом	Наличие белого дермографизма у больных чесухой
Павлова Т.П. симптом	Отсутствие плантарного рефлекса. Признак чесухи Гебры
«Полированные ногти»	Блестящие ногтевые пластинки со сточенными свободными краями. Признак хронических зудящих дерматозов
Ромберга симптом	Неустойчивость, пошатывание, тенденция к отклонению или падению в позе Ромберга, которые усиливаются при закрытых глазах. Признак статической атаксии, встречающийся у больных чесухой
«Шагреновой кожи» симптом	Подчеркнутый, утрированный рисунок кожи в результате лихенификации. Признак нейродермита
Брудзинского симптом	<p style="text-align: center;">Кандидозы</p> (см. «Глубокие микозы и псевдомикозы», табл. 7)
Кернига симптом	(см. «Глубокие микозы и псевдомикозы», табл. 7)
«Скротальный язык»	Увеличение языка в размерах и появление на его поверхности глубоких, перекрещивающихся борозд, разделяющих поверхность языка на отдельные дольки. Признак склерозирующего глоссита при третичном сифилисе, встречается при синдроме Мелькерссона-Розенталя, кандидозе
«Бабочки» симптом	<p style="text-align: center;">Красная волчанка</p> (см. «Дерматиты, токсидермии», табл. 7)
Бенье-Мешерского симптом	Болезненное удаление чешуек, плотно сидящих на коже
«Дамского каблука» симптом	При удалении чешуйки на ее нижней поверхности обнаруживается остроконечный шип (фолликулярная пробка) и расширенное устье фолликула (фолликулярный гиперкератоз)
«Луковичной шелухи» феномен	Многослойное кольцевидное разрастание коллагеновых волокон вокруг артерий и артериол селезенки. Патологоанатомический признак системной красной волчанки
«Проволочной петли» феномен	Выраженное утолщение базальных мембран капилляров почечных клубочков, в результате чего при микроскопии они имеют вид проволочных петель. Морфологический признак люпус-нефрита
Хачатурьяна симптом	Наличие на коже лица, ушных раковин расширенных устьев фолликулов
Кебнера симптом	<p style="text-align: center;">Красный плоский лишай</p> Появление свежих высыпаний на месте травматизации или раздражения кожи. Признак прогрессивной стадии псориаза, красного плоского лишая. Встречается при сифилисе, юношеских бородавках, прогрессивном пигментном дерматозе Шамберга, ювенильном ревматоидном артрите, болезни Кирле и других
Поспелова симптом	После наложения на папулу на сутки водного согревающего компресса по ее периферии появляется венчик гиперемии
Уикхема сетка	Серо-белая сетка на лилово-розовом фоне, лучше проявляющаяся после смазывания папулы растительным маслом. Признак красного плоского лишая, обусловленный неравномерностью утолщения зернистого слоя, который просвечивает через роговой слой эпидермиса
«Рыбьей икры» феномен	<p style="text-align: center;">Лейшманиоз</p> Наличие зернистых грануляций на дне язвы, очистившейся от некротических масс. Признак сельского (остро некротизирующегося) типа кожного лейшманиоза

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
Сдавливания бугорка симптом	Соскабливают кусочек бугорка, помещают его между двумя предметными стеклами и сдавливают. Ткань бугорка из-за своей хрупкости легко раздавливается. Признак кожного лейшманиоза Старого Света
«Яблочного желе» симптом	Розовый цвет высыпаний с вкраплением восковидных пятнышек желто-бурого цвета при диаскопии. Признак туберкулезной волчанки, лейшманиоза
«Когтеобразная кисть»	Лепра Пальцы кисти приобретают согнутое положение вследствие преобладания тонуса сгибателей из-за неравномерной атрофии мышц
«Конской стопы» симптом	Свисающая стопа вследствие поражения общего малоберцового нерва. Признак лепры, встречается при синдроме Блума
«Лапа обезьяны»	Атрофия межкостных мышц кистей с западением межкостных промежутков, атрофия тенара и гипотенара вследствие поражения лучевого нерва
«Львиной морды» симптом	Расположение лепром в области надбровных дуг, носа, щек, подбородка, обезображивающие больного и придающие ему "ужасный" вид. Признак лепроматозного типа лепры
«Маска святого Антония»	Симметричная атрофия мышц лица, придающая ему «грустный», маскообразный, амимичный вид
С химическим карандашом проба	Химическим карандашом проводят линию по гипопигментированному или анестетичному участку кожи, заходя на неповрежденную кожу. На здоровой коже появляется фиолетовая линия, а на пораженной отметки почти не остается. Признак лепры, обусловленный ангидрозом пораженной кожи
Хертога симптом	Выпадение волос в латеральных частях бровей. Признак аллергического диатеза, заболеваний щитовидной железы, лепроматозного типа лепры
«Львиная маска»	Мелькерссона-Розенталя синдром Отечность лица в сочетании с отеком губ, чаще верхней
«Морда тапира»	Отечные губы, чаще верхняя, утолщены и выпячены, края их вывернуты
«Скротальный язык»	Увеличение языка в размерах и появление на его поверхности глубоких, перекрещивающихся борозд, разделяющих поверхность языка на отдельные дольки. Признак склерозирующего глоссита при третичном сифилисе, встречается при синдроме Мелькерссона-Розенталя, кандидозе
«Гармошки» симптом	Новообразования Попеременное увеличение или уменьшение размеров опухолевидных образований мягких тканей. Отличительный признак хронических воспалительных заболеваний мягких тканей от злокачественных опухолей
«Жемчужные» зерна	Наличие очагов ороговения на дне распадающихся язв в виде маленьких, плотных глыбок желтого цвета. Признак злокачественных новообразований кожи
Лезера-Трела симптом	Вновь образующиеся ангиомы, бородавки, пигментированные пятна у стариков. Предвестник злокачественного новообразования кожи
«Лимонной корки» симптом	Утолщение и отек кожи молочной железы с резким выступанием на ней потовых желез. Признак рака молочной железы, встречающийся при сенильной эластоме
«Морщинистости кожи» симптом	Появление при захвате кожи молочной железы в складку неглубоких морщин, направленных перпендикулярно этой складке. Признак рака молочной железы
«Площадки» симптом	Наличие на коже молочной железы участка, потерявшего эластичность, не расправляющегося после кратковременного ущемления. Признак опухоли молочной железы
Умбиликации симптом	Пупкообразное втяжение кожи над опухолью молочной железы
Якша реакция	Появление в моче меланогенов после лучевой терапии. Наблюдается при лечении меланом

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
	Парапсориаз
Брока-Поспелова («облатки») феномен	При осторожном снятии чешуйки она отделяется целиком, имея при этом вид облатки. Феномен проявляется ярче после влажного компресса
Брока («пурпуры») феномен	Появление точечных кровоизлияний в поверхностном слое кожи при интенсивном поскабливании или пощипывании элемента сыпи и вокруг него
«Коллодийной пленки» симптом	На месте рассосавшегося элемента остается пластинчатая чешуйка, прикрепленная в центре и отстающая по краям
«Скрытого шелушения» феномен	Появление отрубевидного шелушения при поскабливании сыпи
	Пиодермиты
«Бессонной ночи» симптом	Резкая боль, не дающая больному уснуть, обусловленная гноным процессом в кости и надкостнице. Отличительный признак пиококковых панарициев и паронихиев от эризипелоида
«Лохматые рубцы»	Неровные края рубцов с сосочковидными возвышениями и мостиками. Признак перенесенного колликувативного туберкулеза кожи и хронической язвенно-вегетирующей пиодермии
«Некротический стержень»	Наличие в центре пустулы некротической ткани зеленого цвета. Признак фурункула
«Сита» симптом	При надавливании на очаг поражения из него выделяется, как из сита, гной. Признак подрывающего фолликулита затылка, хронической глубокой язвенно-вегетирующей пиодермии
	Порфирии
«Бабочки» симптом	(см. «Дерматиты, токсидермии», табл. 7)
«Бульжной мостовой» симптом	Множественные пигментации роговой оболочки глаза. Офтальмологический симптом поздней кожной порфирии
«Кисета» симптом	Сужение ротового отверстия с образованием вокруг него глубоких морщин. Признак системной склеродермии, обусловленный склерозом и атрофией кожи вокруг рта. Встречается при туберкулезной волчанке, прогерии взрослых, синдроме Ротмунда, поздней кожной порфирии
Панкова («зарева») симптом	Пигментация с красноватым оттенком вследствие расширения капилляров кожи в ответ на действие токсических продуктов нарушенного обмена порфиринов. Располагается чаще на груди. Начальный признак поздней кожной порфирии
	Псориаз
Ариевича симптом	Онихия по типу подногтевых геморрагий
Ауспитца триада	Последовательное возникновение при поскабливании папулы трех феноменов (стеаринового пятна, терминальной пленки, точечного кровотечения)
Бо-Рейли борозды	Наличие поперечных канавок на ногтях, вследствие воздействия на матрицу различных факторов. Встречается при травме ногтевого ложа, детских инфекциях, нарушении кровообращения, псориазе, экземе, пузырчатке, эритеме Фереоля-Бенье
Воронова псевдоатрофический ободок	Вокруг папулы имеется кожная складчатость рогового слоя размером до 2-7 мм. Признак стационарной стадии псориаза
Геллера («наперстка») симптом	Точечная истыканность ногтевых пластинок. Признак псориаза ногтей, встречающийся при экземе, туберкулезе легких, ревматизме
«Дежурные бляшки»	Наличие псориазических элементов, чаще всего на разгибательных поверхностях локтевых и коленных суставов, сохраняющихся после разрешения остальной сыпи
Кейнинга-Гассенфлюга («масляного пятна») симптом	Наличие характерного пятна на ногтевом ложе. Признак псориаза ногтей
Кебнера симптом	Появление свежих высыпаний на месте травматизации или раздражения кожи. Признак прогрессивной стадии псориаза, красного плоского лишая. Встречается при сифилисе, юношеских бородавках, прогрессивном пигментном дерматозе Шамберга, ювенильном ревматоидном артрите, болезни Кирле и других

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
«Коготь птицы»	Утолщение ногтевой пластинки, которая становится тусклой, грязно-желтого цвета
«Кровяной росы» феномен	Появление точечного кровотечения из папулы при полном соскабливании покрывающих ее элементов. Признак псориаза, обусловленный травмированием капилляров. Составная часть триады Ауспитца
Левенталя симптом	Полосовидные и точечные кровоизлияния ногтевых пластинок
«Песчаных волн» симптом	Продольная и поперечная исчерченность ногтевой пластинки в виде волнистых линий
Пильнова симптом	Розовый цвет пятна или папулы. Признак начального псориаза
Попова признак	Дефект эпонихия. Признак псориаза ногтей
«Псориатическая корона»	Переход высыпаний с волосистой части головы на кожу лба
«Стеаринового пятна» феномен	Образование на поверхности папулы при поскабливании мягких серебристо-белых чешуек (пластинчатого шелушения), легко отторгающихся. Признак псориаза, обусловленный паракератозом. Составная часть триады Ауспитца
«Терминальной пленки» феномен	Обнажение ровной розовой поверхности при дальнейшем поскабливании папулы. Признак псориаза. Составная часть триады Ауспитца
Асбо-Хансена симптом	Пузырные дерматозы
Бо-Рейли борозды	Увеличение пузыря по площади при надавливании на него пальцем. Признак истинной пузырчатки, обусловленный акантолизом
«Возникающего пузыря» симптом (неакантолитическая пузырчатка)	(см. «Псориаз» табл. 7)
«Возникающего пузыря» симптом (неакантолитическая пузырчатка)	Появление на слизистой оболочке полости рта напряженных пузырей с серозным или геморрагическим содержимым после ее поскабливания шпателем. Признак доброкачественной неакантолитической пузырчатки слизистой полости рта Пашкова-Шеклакова
«Возникающего пузыря» симптом (врожденный буллезный эпидермолиз)	Появление пузырей после трения кожи. Признак врожденного буллезного эпидермолиза
Картамышева феномен	Задержка хлоридов в тканях и их выделения с мочой после солевой нагрузки. Наблюдается при вульгарной пузырчатке
Никольского ложный симптом	Путем скользящего движения пальцем можно вызвать отслойку эпидермиса от дермы. Признак врожденного буллезного эпидермолиза
Никольского симптом (I, II и III степеней)	Никольского симптом (I степень) – при оттягивании пинцетом стенки пузыря (не прямой с-м) и потирании вокруг пузыря (прямой с-м) происходит отслойка эпидермиса за границами пузыря. Признак акантолиза. Никольского симптом (II степень) – при трении кожи между двумя пузырями происходит отслойка эпидермиса. Признак акантолиза. Никольского симптом (III степень) – при трении кожи вдали от высыпаний происходит отслойка эпидермиса. Признак акантолиза
«Скульптурный вид»	Постепенное покрытие роговицы светонепроницаемой оболочкой, напоминающей эпидермис. Признак слизисто-синехиального атрофирующего буллезного дерматита Лорта-Жакоба
«Смоченного белья» симптом	При прикосновении эпидермис скользит и сморщивается под пальцами, вследствие его отслоения. Признак синдрома Лайелла
«Сухой банки» признак	На кожу, не имеющую поражений, ставят сухую банку; при умеренной аспирации у больного герпетиформным дерматитом Дюринга появляется пузырь
Хунта триада	Парез лицевого нерва, боли в ухе и пузырьковые высыпания по ходу пораженного нерва. Наблюдается при поражении вирусом Varicella zoster клеток коленчатого ганглия
Шеклакова симптом	Образование на коже и (или) слизистых оболочках пузырей грушевидной формы. Признак истинной пузырчатки, обусловленный давлением экссудата на клетки шиповидного слоя эпидермиса, измененные акантолизом

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
Ядассона проба (I)	Обострение кожного процесса после принятия внутрь одной столовой ложки 5% раствора калия йодида. Признак герпетического дерматоза Дюринга
Ядассона проба (II)	Появление через 24 или 48 ч эритемы на месте контакта с мазью из 50% калия йодида на ланолине. Признак герпетического дерматита Дюринга
Бальзера проба	Разноцветный лишай При смазывании пятен настойкой йода происходит их более интенсивное окрашивание по сравнению со здоровой кожей за счет лучшего впитывания йода разрыхленным патологическим процессом роговым слоем эпидермиса
Бенье симптом (феномен стружки)	Скрытое шелушение при поскабливании пятна шпателем
«Кофе с молоком» цвет	Желтовато-коричневое окрашивание пигментных пятен. Признак болезни Реклингхаузена и разноцветного лишая
«Гофрированной папиросной бумаги» вид	Розовый лишай Центральная часть пятна покрыта чешуйками, собранными в мелкие складки. Признак розового лишая, встречающийся при ряде других дерматозов
«Материнская бляшка»	Характерное пятно, но больших размеров, чем остальные высыпания, отличающееся менее выраженной окраской и возникающее за 1-2 недели до основных высыпаний
«Медальона» симптом	Наличие крупных пятен с шелушащейся поверхностью в центре, окаймленных розово-красным ободком
«Булыжной мостовой» симптом	Саркоидоз Множественные пигментации роговой оболочки глаза. Офтальмологический симптом поздней кожной порфирии
Квейма реакция	Внутрикожная проба с антигеном, приготовленным из кожного очага или лимфатического узла. Положительна при саркоидозе
«Пылинок» феномен	Наличие множества мелких пылинок в очаге при диаскопии
Джиффорда симптом	Склеродермия Невозможность вывернуть верхнее веко. Признак склеродермии, иногда встречающийся при тиреотоксическом пучеглазии и микседеме
«Кисета» симптом	(см. «Порфирии», табл. 7)
«Мертвых пальцев» симптом	Похолодание и цианоз дистальных отделов конечностей. Акроасфиксия, вызванная ангиотрофоневрозом или облитерирующим эндартериитом. Встречается при склеродермии (склеродактилии)
«Пальцы мадонны»	Кожа пораженных пальцев кистей, находящихся в полусогнутом состоянии, плотная, натянутая, малоподвижная, восковидно-желтого цвета
«Птичий нос»	(см. «Генодерматозы», табл. 7)
«Склеродермическая маска»	Наличие «птичьего носа», сужения ротового отверстия, заостренного подбородка. Признак склеродермии, прогерии взрослых, синдрома Ротмунда
«Удар саблей»	Наличие плотных, неравномерных, буро-коричневого или желтого цвета полос на коже лица, головы, туловища. Признак линейной склеродермии
Адамсона чехол	Трихофитии и микроспории Муфта из спор грибов, окружающая обломанный волос-пенек (ectotrix – снаружи волоса). Признак микроспории
«Медовые соты»	При легком надавливании на очаг из расширенных и переполненных гноем волосных фолликулов каплями выделяется густой гной. Признак глубокой трихофитии волосистой части головы и паразитарного сикоза
«Пеньков» вид	Характерный вид обломанных волос в очагах облысения. Признак поверхностной трихофитии (endotrix – внутри волоса) и микроспории волосистой части головы
«Черных точек» симптом	Наличие черных точек на волосистой части головы. Признак хронической трихофитии взрослых

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
	Туберкулез кожи
«Кисета» симптом	(см. «Порфирии», табл. 7)
«Лохматые» рубцы	(см. «Пиодермиты», табл. 7)
Поспелова «сережки»	Бахромчатые рубцы, спаянные с подлежащими лимфатическими узлами, остающиеся после заживления колликативного туберкулеза
Поспелова («зонда») симптом	При надавливании на поверхность люпомы пуговчатым зондом, он «проваливается», остается долго не исчезающее углубление. Признак туберкулезной волчанки, возникающий вследствие потери эластичности тканью люпомы из-за казеозного некроза
«Терки» симптом	Ощущение «терки» при проведении пальцем по поверхности папул, покрытых чешуйками или шипиками. Признак, встречающийся при вторичном сифилисе, шиповидном лишае, лихеноидном туберкулезе кожи
Трела зерна	Образующиеся на дне и вокруг язвы казеозно-перерожденные желтого цвета туберкулезные бугорки. Признак язвенного туберкулеза кожи
«Чемоданные ручки»	Вид рубцов с перемычками, формирующихся после заживления колликативного туберкулеза
«Штампованные» рубцы	Наличие на месте бывших высыпаний одинаковых округлой формы ги-перпигментированных рубцов, которые впоследствии обесцвечиваются. Признак папуло-некротического туберкулеза кожи, злокачественного атрофического папулеза Дегоса, встречается после заживления «прижогов»
«Яблочного желе» феномен	(см. «Лейшманиоз», табл. 7)
	Фавус
«Меха, изъеденного молью» вид	Характерный вид облысения при фавусе
«Мышиный» запах	Своеобразный запах, исходящий от волосистой части головы, пораженной фавусом. Признак, характерный для газовой гангрены
«Париковый» вид	Волосы в очагах на волосистой части головы безжизненные, тусклые
	Чесотка
Арди-Горчакова симптом	Наличие сухих чешуек, гнойно-кровянистых корок на локтевых суставах
Арди симптом	Наличие гнойных корочек на локтевых суставах. Признак чесотки. Составная часть симптома Арди-Горчакова
Горчакова симптом	Наличие точечных кровянистых корочек на локтях и в их окружности. Признак чесотки. Составная часть симптома Арди-Горчакова
«Ночной зуд»	Усиление зуда в вечернее и ночное время
«Треугольника» симптом	Расположение высыпаний (везикулы, пустулы, корки) треугольником, вершина которого спускается к межъягодичной складке, а основание лежит на крестце
	Экзема, экссудативный диатез
Бо-Рейли борозды	(см. «Псориаз», табл. 7)
Геллера («наперстка») симптом	(см. «Псориаз», табл. 7)
Григорьева метод провокации	При растирании экзематозных элементов фланелью с зеленым мылом в стадии относительной ремиссии появляются везикулы и мокнутие. Признак истинной экземы
«Себорейная корона»	Локализация процесса по краю волосистой части головы, ограниченного гиперемированной, инфильтрированной каймой. Признак себорейной экземы
«Серозные колодцы»	Выделение по каплям серозной жидкости из эрозий на месте вскрывшихся микровезикул. Признак истинной экземы
Хертога ложный симптом	Брови в наружной части обломаны, разрежены, торчат в разные стороны в результате расчесов. Признак экземы
«Экзематозный шлем»	Локализация процесса на коже волосистой части головы с переходом на заушные складки и ушные раковины. Признак себорейной экземы
«Географический язык»	(см. «Дерматиты, токсидермии», табл. 7)

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
«Гусиные лапки» (старение кожи)	Другие физиологические и патологические состояния кожи Появление морщин у наружных углов рта. Признак увядания кожи
«Молочная корка» (себорея у грудных детей)	Образующиеся на коже шероховатые жирные наслоения желтого цвета, толстые, рыхлые, плотно сидящие на подлежащей коже. Признак себореи у грудных детей
Моргана симптом (старение кожи)	Появление мелких телеангиэктазий на лице, а позже на других частях тела. Признак старения
Розенау симптом (поражение матрицы ногтя)	Точечные углубления на поверхности ногтя, располагающиеся беспорядочно или в виде линий. Признак поражения матрицы ногтя
Штейна углы	Залысины у мужчин
	Недостаток витаминов в организме
«Акульей кожи» симптом	Арибофлавиноз Наличие на коже носа проявлений себорейного дерматита в виде крупнопластинчатого шелушения
«Жабьей кожи» симптом	Гиповитаминоз А Образование фолликулярных узелков преимущественно на разгибательных поверхностях конечностей на фоне общей сухости кожи
«Ягодичный» симптом	Авитаминоз С (цинга) При наличии цианотичных пятен на локтевых и коленных суставах шелушению подвергаются только пятна на ягодицах. Признак начальной стадии цинги
Казаля воротник	Пеллагра Полоса на коже шеи в виде ошейника, обусловленная пигментацией после фотодерматита
«Ножной браслет»	Полоса на передней поверхности голени в виде браслета, обусловленная пигментацией после фотодерматита
«Пеллагрозная маска»	Маскообразное лицо вследствие эритематозно-сквамозных высыпаний, пузырей, корок, пигментации
«Перчаток» симптом	Эритема на тыле кистей и предплечий в форме перчаток
Сандвича «лысый» язык	Слущивание слизистой и атрофия языка
«Тигроидной кожи» симптом	Пигментации темно-бурого цвета после эритемы, образующие на коже причудливые узоры
«Шахматный язык»	Наличие продольных и поперечных углубленных борозд на языке
Марфана симптом (I)	Инфекционные экзантемы, экзантемы. Брюшной тиф Красный треугольник на кончике обложенного языка. Возможный признак брюшного тифа. Возможно появление на коже живота нескольких крупных розеол, напоминающих розеолы в III периоде сифилиса
Скловского симптом	Ветряная оспа При надавливании пальцем на здоровую кожу рядом с пузырьком его содержимое вытекает
«Перчаток» симптом	Иерсиниоз Гиперемия и отек ладоней
Беспалова симптом	Корь Гиперемия барабанной перепонки и катар носоглотки. Возможный признак ранней стадии кори
Болоньини симптом	Ощущение трения при надавливании пальцами обеих рук попеременно на левую и правую половину живота. Возможный признак кори
Гризоля симптом	Если больному корью растянуть участок кожи, то элементы сыпи (папулы) не пальпируются; при натуральной оспе на растянутой коже папулу прощупать удастся. Дифференциально-диагностический признак кори и натуральной оспы
Филатова-Коплика симптом	Появление в продромальном периоде мелких белых точек (пятен) на красном фоне на слизистой оболочке полости рта. Признак начальной стадии кори
Форхгеймера симптом	Краснуха Высыпания красных пятен (энантема) на мягком небе

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
Гризолия симптом	Натуральная оспа Если больному корью растянуть участок кожи, то элементы сыпи (папулы) не пальпируются; при натуральной оспе на растянутой коже папулу прощупать удается. Дифференциально-диагностический признак кори и натуральной оспы
Трисильяна симптом	Паротит Красная кайма вокруг отверстия протока околоушной железы
Борсьери симптом	Скарлатина При проведении тупым предметом по коже появляется белая полоса, быстро приобретающая темно-красный цвет. Признак ранней стадии скарлатины
Мейера симптом	Дрожание рук и ног больного в стадии высыпаний. Возможный признак скарлатины
Пастиа симптом	Наличие петехий в крупных складках
«Пылающий» зев (по Н.Ф.Филатову)	Яркая ограниченная гиперемия слизистой зева
«Скарлатинозного треугольника» симптом	Наличие на лице (нос, подбородок) бледного треугольника на фоне эритемы лица
Томсона симптом	Красные линии на внутренней поверхности локтевого сустава, меняющие интенсивность окраски и ее оттенок. Признак скарлатины, наблюдающийся от продромального периода до начала шелушения кожи
Шульца-Чарлтона симптом	Местное побледнение сыпи после внутривенного введения сыворотки здоровых или выздоравливающих от скарлатины людей
Говорова-Годелье симптом	Сыпной тиф Толчкообразное высывание языка. Признак поражения черепномозговых нервов при сыпном тифе
Киари-Авцына симптом	Гиперемия слизистых оболочек в сочетании с петехиями на конъюнктиве склер
Кончаловского-Румпеля-Леде (жгута) симптом	(см. «Васкулиты», табл. 7)
Розенберга симптом	Точечные кровоизлияния на слизистой полости рта
Випона симптом	Экзантемные заболевания Генерализованное увеличение лимфатических узлов у детей во время лихорадки при экзантемных заболеваниях
«Географический язык»	Признаки со стороны кожи и слизистых, встречающиеся при заболеваниях различных систем, органов и тканей. Заболевания гепатопанкреатогастродуоденальной зоны (см. «Дерматиты, токсидермии», табл. 7)
Грота симптом	Наличие пояса атрофии подкожного жирового слоя, соответствующего топографическому положению поджелудочной железы. Признак хронического панкреатита
Грюнвальда симптом	Наличие экхимозов вокруг пупка. Возможный признак острого панкреатита
Дэвиса симптом (II)	Петехии на ягодицах. Возможный признак острого панкреатита
«Печеночные ладони»	Эритема ладоней (часто одновременно и стоп). Признак портального цирроза
Тужилина симптом	Наличие мелких ярко-красных пятен (аневризмы мелких сосудов) на коже живота, груди и спины. Признак хронического панкреатита
Холстеда симптом (I)	Слабосинюшный или мрамороподобный цвет кожи дистальных отделов конечностей. Признак острого панкреатита
Белого пятна симптом	Заболевания сердечно-сосудистой системы, легких, крови Появление длительно не исчезающего белого пятна на коже тыла стопы или кисти больного после надавливания пальцем. Признак сосудистой недостаточности в дистальных отделах конечности или нарушения симпатической иннервации
Бо-Рейли борозды	(см. «Псориаз», табл. 7)
Гентеровский язык	Блестящий, гладкий, болезненный язык. Признак злокачественной анемии

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
Гиппократовы ногти	Утолщение дистальных фаланг пальцев рук («барабанные палочки»), наличие широких, куполообразных ногтей («часовые стекла»). Признак хронических заболеваний легких, сердца, крови, может иметь наследственный характер
Голубых склер симптом	Серо-голубая окраска склер. Признак синдрома Ван-Ден-Хуве, полициемии, диссеминированного лентикулярного дерматофиброза и ряда других болезней
Джейнуэя симптом	Небольшие эритематозные или геморрагические пятна на ладонях или стопах. Возможный признак бактериального эндокардита
Ослера узелки	Появление на кистях и стопах очень мелких болезненных вишнево-красных узелков-капилляров, рассасывающихся в течение нескольких дней. Признак затяжного септического эндокардита
«Часовые стекла»	(см. «Генодерматозы», табл. 7)
Шелли симптом	Сагоподобная сыпь на губах. Признак гриппа, крупозной пневмонии
Эндокринопатии	
Бера (грязных локтей)	Ороговение и утолщение эпидермиса в области локтей и колен. Признак гипотиреоза
Дарье симптом	Очаговое поредение бровей. Признак сифилитической алопеции, встречающийся при гипотиреоидизме
Джиффорда симптом	Невозможность вывернуть верхнее веко. Признак склеродермии, иногда встречающийся при тиреотоксическом пучеглазии и микседеме
Еллинека симптом	Коричневая пигментация век. Возможный признак гипотиреоидизма
Мараньона симптом	Усиленная вазомоторная реакция при раздражении кожи шеи. Возможный признак тиреотоксикоза
Ротшильда симптом	Выпадение волос наружной трети бровей. Возможный признак дистиреоза
«Рыбий позвонок»	Изменение конфигурации отростков позвонков в результате остеопороза. Признак синдрома Иценко-Кушинга
Сержана симптом (II)	При проведении кончиками пальцев по коже живота вместо обычных красных полос образуются белые. Признак артериальной гипотонии у больных с надпочечниковой недостаточностью
Телле симптом	Пигментация век. Признак тиреотоксикоза
Заболевания нервной системы	
Кроля симптом	Чрезмерное оволосение (реже выпадение волос) на большой ноге. Возможный признак ишиаса
Маринеску симптом	Бледно-синюшная холодная припухшая рука. Возможный признак синингомиелии
Пуусеппа симптом	Пигментации по ходу ветвей седалищного нерва. Признак ишиаса
«Сального лица» симптом	Повышенная секреция сальных желез кожи лица. Возможный признак паркинсонизма
Сержана симптом (I)	Стойкий выраженный красный дермографизм. Признак лабильности вегетативной нервной системы
«Твердого отека» симптом	Напряженность и плотность тканей и кожи на ногах и глянцеvitость ее поверхности, не сопровождающиеся образованием вмятины на месте надавливания пальцем. Признак миелита и травмы спинного мозга
Признаки других заболеваний, патологических и физиологических состояний	
Бэттла симптом	Изменение окраски кожи (вплоть до появления экхимозов) в области сосцевидных отростков. Признак перелома основания черепа
Каллена симптом	Коричневатая окраска в области пупка. Возможный признак кровотечения в брюшной полости (чаще при внематочной беременности) или острого панкреатита
Кальбана симптом	Усиленный рост мелких волосков на лице и по всему телу. Возможный признак беременности
Маньяна симптом (I)	Ощущение инородных тел и т.п. под кожей (тактильные галлюцинации). Возможный признак наркомании (кокаинизм)
«Мышиный» («амбарный») запах (газовая гангрена)	Своеобразный запах, исходящий от волосистой части головы, пораженной фавусом. Признак, характерный для газовой гангрены

Название симптомов, феноменов, признаков заболеваний	Описание симптомов, феноменов, признаков заболеваний
«Руки прачки»	Характерная морщинистость кожи ладонных поверхностей кистей, особенно выраженная в дистальных отделах пальцев. Признак заболеваний, сопровождающихся экзикозом
Хаммершлага симптом (отосклероз)	Уменьшение общего потоотделения. Возможный признак отосклероза

Таблица 8. Основные гистопатологические процессы в коже

Гистопатологические признаки	Характеристика признака	Пример заболеваний
Акантоз	Увеличение количества рядов клеток шиповатого слоя эпидермиса: - простой акантоз; - межсосочковый; - инфильтрирующий	Юношеские бородавки Псориаз Бородавчатый туберкулез
Акантолиз	Потеря связи между эпидермальными (эпителиальными на слизистых) клетками вследствие повреждения их десмо-сомальных контактов (межклеточных мостиков), приводящая к образованию внутриэпи-дермальных полостей: - глубокий супрабазальный акантолиз; - высокий акантолиз; - диффузный Клетки акантолитические – дегенеративные клетки шипо-ватого слоя – следствие акантолиза (измененная форма, малые размеры, большое гиперхромное ядро, узкий поясok цитоплазмы)	Вульгарная и вегетирующая пузырчатка Себорейная и листовидная пузырчатка Вирусные дерматозы
Баллонизирующая дистрофия (дегенерация)	Сочетание спонгиоза, ретикулярной дистрофии и акантолиза, приводящих к образованию внутриэпидермальных полостей, в которых взвешены эпидермоциты и их дегенеративные формы	Герпесы
Вакуолизация (вакуолярная дегенерация, внутриклеточный отек)	Образование вакуолей в цитоплазме эпидермоцитов, расположенных перинуклеарно или эксцентрично. Слившиеся вакуолизированные клетки могут образовывать мелкие внутриэпидермальные полости	Аллергический дерматит, плоские бородавки
Гипергранулез	Утолщение зернистого слоя эпидермиса (диффузный, очаговый)	Красный плоский лишай
Гиперкератоз	Утолщение рогового слоя в результате: - избыточного рогообразования; - задержки отшелушивания роговых чешуек	Псориаз Ихтиоз
Гранулематозное воспаление (гранулема)	Ограниченная хроническая воспалительная реакция кожи, характеризующаяся накоплением лимфоцитов и пролиферацией соединительнотканых клеточных элементов (гис-тиоциты, макрофаги, эпителиоидные и гигантские клетки)	Бугорки, узлы при сифилисе, туберкулезе кожи, лепре, лейшманиозе; саркоидоз, инородные тела
Дискератоз	Раннее неравномерное ороговение кератиноцитов (участков или отдельных клеток)	Контагиозный моллюск, преканкрозы кожи
Микроабсцессы	Ограниченное скопление клеток в эпидермисе, дерме: - нейтрофильные микроабсцессы Мунро в роговом слое; - нейтрофильно-эозинофильные микроабсцессы в верхушках сосочков; - эозинофильные микроабсцессы в пролиферирующем эпидермисе; - скопление незрелых лимфоцитов в эпидермисе (абсцессы Потрие)	Псориаз Дерматоз Дюринга Вегетирующая пузырчатка Лимфомы кожи

Гистопатологические признаки	Характеристика признака	Пример заболеваний
Папилломатоз	Удлинение (разветвление) сосочков дермы с неравномерно приподнятым эпидермисом	Псориаз, вегетации
Паракератоз	Неполноценное ороговение, характеризующееся наличием ядер в роговом слое, гипер- и агранулезом	Псориаз и другие воспалительные дерматозы
Ретикулярная дистрофия	Характеризуется наличием многокамерных внутриэпи-дермальных полостей, образовавшихся в следствие раз-рывов эпидермальных клеток в результате резкого внутри-клеточного отека	Острые дерматиты, герпесы
Спонгиоз (межклеточный отек)	Расширение межклеточных пространств в эпидермисе в результате межклеточного отека	Экзема, острые, подострые дерматиты

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ ОБЩЕЙ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ

В последние годы достигнуты определенные успехи в терапии различных дерматозов. Разработка и внедрение новых препаратов (иммуномодуляторы, ИЛ-2, ароматические ретиноиды, циклоспорин, иммунобиологические препараты) позволяют улучшить качество лечения больных псориазом, атопическим дерматитом, пиодермией, угревой сыпью, красным плоским лишаем, многоформной экссудативной эритемой, отдельными генодерматозами (см. табл. 9).

Арсенал дерматолога пополнился новыми системными противогрибковыми препаратами (ламизил, орунгал, низорал, дифлюкан), повышающими эффективность, и сокращающими сроки лечения больных дерматофитиями, онихомикозами, трихомикозами, кандидозом.

Для купирования рецидивов герпетической инфекции активно применяются препараты ацикловира (зовиракс, виролекс), валацикловир, ганцикловир, фоскарнет и др.

Значительно улучшились перспективы лечения больных псориазом, атопическим дерматитом, Т-клеточными лимфомами кожи в результате применения методики ПУВА-терапии и ее комбинирования с ретиноидами, эссенциале.

Активно применяется при лечении дерматозов облучение крови пациентов ультрафиолетовыми и лазерными лучами.

При эритродермиях, пустулезном и артропатическом псориазе, пузырьчатке, токсидермиях, тяжелых формах крапивницы и атопического дерматита внедрены сорбционные методы детоксикации (гемосорбция), плазмаферез, а также пероральный прием энтеросорбентов.

В терапии зудящих дерматозов с успехом применяются методы рефлекторной терапии с помощью ультразвука, лазера, КВЧ-излучения.

Созданы антибиотики новых поколений с широким спектром активности для терапии язвенных и глубоких форм пиодермии (нетромицин, амикацин, тиенам, меронем, зиннат и др.).

Для лечения меланом и лимфом кожи начали применяться моноклональные антитела, интерлейкин-2, лейкоинтерферон, интрон А.

Важное место в лечении и реабилитации больных хроническими дерматозами отводится бальнеотерапии (ванны с фитодобавками, солевыми экстрактами, оксидатом торфа и др.)

Таблица 9. Пероральные, парентеральные препараты и методы физиотерапии, применяемые в дерматологии

Препараты и методы	Показания
Противовоспалительные и гипосенсибилизирующие препараты	
Препараты кальция (хлорид, глюконат, пантотенат кальция и др.) уменьшают проницаемость сосудов, усиливают выделение надпочечниками адреналина; при внутривенном введении (10% хлорид кальция по 5-10 мл), оказывают некоторое гемостатическое действие	Аллергодерматозы, псориаз, красный плоский лишай в острой стадии
Натрия тиосульфат – оказывает противотоксическое, противовоспалительное и десенсибилизирующее действие. Вводят внутривенно по 5-10 мл 30% раствора или по 2-3 г на прием в виде 10% водного раствора	Нейродермит, псориаз, экзема, токсидермии, эритродермии, крапивница
Нестероидные противовоспалительные препараты (ибупрофен, напросин и др.). Ингибируют синтез простагландинов	Псориатическая артропатия
Антигистаминные препараты (димедрол, тавегил, фенкарол, перитол, кларитин и др.). Относятся к блокаторам H ₁ – рецепторов. H ₂ – рецепторов (циметидин)	Аллергодерматозы, псориаз, токсидермии, эритродермии, флеботодермии

Препараты и методы	Показания
Альфа-адреноблокаторы (пирроксан, празозин и др.). Влияют на периферические и центральные адренореактивные системы организма, уменьшают психическое напряжение, зуд кожи	Акроцианоз, синдром Рейно, склеро-дермия, облысение, диффузный нейро-дермит, хроническая крапивница, псориаз, псориазная эритро-дермия, красный плоский лишай
Седативные препараты и транквилизаторы (магния сульфат, бромиды, настойка пустырника и валерианы, диазепам, беллатаминал, беллоид, фенобарбитал, амизил, резерпин, раунатин)	Псориаз, красный плоский лишай, аллергодерматозы, нейродерматозы
Иммуностимуляторы – левамизол, тималин, тактивин, нуклеинат натрия, продигозан, пирогенал, спленин, экстракт плаценты, миелопид, рибомунил	Хронические, рецидивирующие и тяжелые дерматозы
Иммунокорректирующие препараты	
Иммунодепрессанты – цитостатики (метотрексат, азотиоприн, меркаптопурин, проспидин и др.), циклоспорин А (сандиммун, неорал), гепарин. Цитостатики лучше переносятся в комбинации с малыми дозами кортикостероидов, витаминами, иммуностимуляторами	Красная волчанка (острая, подострая), акантолитическая пузырьчатка, тяжелые формы псориаза, эритродермия, предопухольные и онкодерматозы
Заместительная иммунокорректирующая терапия – интерферон лейкоцитарный, реферон, интрон А, неовир, циклоферон, антистафилококковая плазма, лейкоцитарная масса, гамма-глобулины и др.	Герпесы, экзема Капоши, тяжелые формы псориаза, нейродермита, хроническая язвенная пиодермия
Средства специфической иммунотерапии – стафилококковый антифагин и анатоксин, антистафилококковый гамма-глобулин, антистафилококковая плазма, стафилококковый бактериофаг, вакцины стрептококковая и стафилококковая. Иммунобиологические препараты (ремекейд, хумира, стелара и др.)	Хронические фолликулиты, пиококковые пиодермиты, торпидные формы псориаза и его артриты, вульгарные угри, фурункулез, рецидивированный гидраденит, рожистое воспаление, эпидемическая пузырьчатка новорожденных, микробная экзема, рецидивированная эктима. Пиококковые пиодермиты. Торпидные формы псориаза и его артриты
Адаптогены – дибазол, настойка женьшеня, лимонника, оротат калия и другие	Хронические дерматозы, герпесы
Гормональные средства	
Тиреоидин (L-тироксин, эутирокс) уменьшает симптомы микседематозного статуса у пациентов	Заболевания, сопровождающиеся микседематозным статусом: псориаз, склеродермия, ихтиоз, нейродермит, экзема, угревая болезнь, эритродермии
Синтетические аналоги глюкокортикостероидов (дексаметазон, триамцинолон, кеналог, дипроспан и другие). Сочетают с препаратами кальция, калия, витаминами С, А, Е, иммуностимуляторами, ограничивают поваренную соль, жиры, углеводы	Акантолитическая пузырьчатка, дерматоз Дюринга, эритродермии, артропатический псориаз, диффузные формы нейродермита и экземы
Анаболики (ретаболил, неробол, неробол и другие)	Акантолитическая пузырьчатка и др. дерматозы с признаками развития кахексии
Антибиотикотерапия	
Пенициллин и его производные: бензилпенициллин, феноксиметилпенициллин, бензатинпенициллин, бициллины, оксациллин, ампициллин, амоксициллин, карбенициллин Тетрациклины: тетрациклин, метациклин, доксициклин Макролиды: эритромицин, олететрин, азитромицин (сумамед), рокситромицин (рулид), мидекамицин (макропен) Цефалоспорины: цефазолин, цефалексин (первое поколение), цефуроксим, цефаклор (второе поколение), цефотаксим, цефтазидим (третье поколение), цефепим (четвертое поколение).	Пиодермии, угри, эризипелоид, вирусные дерматозы (тетрациклины), дерматозы с неясной этиологией (склеродермия, красный плоский лишай, розовый лишай, многоформная эритема и некоторые другие)

Препараты и методы	Показания
<p>Фторхинолоны: ципрофлоксацин (ципробай, квинтор), офлоксацин (таривид), пефлоксацин (абактал), ломефлоксацин (максаквин) и др.</p> <p>Аминогликозиды: нетилмицин, амикацин, гентамицин, тобрамицин</p> <p>Карбапенемы: тиенам, меропенем</p> <p>Монобактамы: азтреонам</p> <p>Линкосамиды: линкомицин, клиндамицин</p> <p>Гликопептиды: ванкомицин, ристоцетин</p> <p>Комбинированные антибиотики: амоксициллин/клавуланат, котримоксазол</p> <p>Антибиотики разных групп: фузидин-натрий, хлорамфеникол, рифампицин</p> <p>Противогрибковые антибиотики: нистатин, леворин, декамин, флуконазол (дифлюкан); гризеофульвин, канестен, кетоконазол (низорал), итраконазол (орунгал), тербинафин (ламизил)</p>	<p>Кандидозы Онихомикозы, трихомико-зы, распространенные микозы гладкой кожи</p>
Химиотерапевтические средства	
<p>Сульфаниламидные препараты (бисептол, сульфадиметоксин, ко-тримоксазол и др.)</p>	<p>Пиодермии</p>
<p>Сульфоновые препараты (дапсон, диуцифон, авлосульфон, сульфатон и др.)</p>	<p>Лепра, дерматоз Дюринга, экзема, нейродермит, псориаз, склеродермия, хронические пиодермии</p>
<p>Противомалярийные препараты (резохин, плаквенил, хлорохин, делагил)</p>	<p>Красная волчанка, фотодерматозы, порфириновая болезнь</p>
<p>Производные ГИНК (фтивазид, изониазид, салюзид и др.), рифампицин, дигидрострептомицин</p>	<p>Туберкулез кожи</p>
<p>Метронидазол, тинидазол, метрогил</p>	<p>Демодекоз, розацеа, периоральный дерматит, себореиды, вульгарные угри</p>
Средства системной терапии и профилактики герпетической инфекции	
<p>Аномальные нуклеотиды: ацикловир (виролекс, зовиракс), валацикловир (валтрекс), фамцикловир (пенцикловир), ганцикловир, видарабин, цитарабин, рибавирин, идоксиуридин, трифтортимитидин, фоскарнет</p>	<p>Герпес простой: - первичный с общими явлениями; - осложненный; - диссеминированный; - рецидивирующий</p>
<p>Специфические гамма- и иммуноглобулины: человеческий иммуноглобулин, цитотект, интраглобин, пентаглобин, везикбулин</p>	<p>Герпес генитальный: - первая атака; - осложненный; - рецидивирующий</p>
<p>Интерфероны и их индукторы: человеческий лейкоцитарный интерферон, реаферон, ларифан, ридостин, циклоферон, лейкинферон, роферон А, интрон А, велферон, камедон, кагоцел, витамедин</p>	<p>Герпес опоясывающий</p>
<p>Герпетические вакцины: живые, инактивированные, рекомбинантные</p>	<p>Герпетические вакцины: живые, инактивированные, рекомбинантные</p>
Методы детоксикации	
<p>Пероральные энтеросорбенты (активированный уголь, полифепан, белосорб, энтеросгель и др.)</p>	<p>Аллергодерматозы Псориаз</p>

Препараты и методы	Показания
Гемосорбция, плазмаферез. Эффективность методов повышается при сочетании с ПУВА-терапией, кортикостероидами, ретиноидами	Тяжелые дерматозы, острая красная волчанка, акантолитическая пузырчатка, токсидермии, включая синдромы Стивенса-Джонсона и Лайелла, эритродермии, артропатический псориаз, тяжелые диффузные формы псориаза и нейродермита, крапивница
0,9% р-р натрия хлорида, реамберин, ацессоль Терапевтический эффект более выражен при комбинации с подкожными инъекциями гепарина	Псориаз, хронические распространенные дерматозы
Средства метаболической терапии	
Витамины группы В, А, Е, С, фолиевая и никотиновая кислоты, кокарбоксилаза, пиридоксальфосфат, рутин, эссенциале Применяют в лечебных и профилактических целях как фармакодинамические средства резерва	Псориаз, красный плоский лишай, диффузный нейродермит и некоторые другие дерматозы
Ароматические ретиноиды (этретинат, изотретиноин, тигазон, роаккутан)	Тяжелые формы псориаза, эритродермия, пустулезный псориаз, ихтиозы, кератодермии, кистозные угри
Физиотерапевтические методы	
Электрофорез лекарственных веществ (кальция хлорид, магния сульфат, лидаза, новокаин, бромиды, ихтиол, димексид)	Аллергодерматозы, облысение, келоидные рубцы, склеродермия, опоясывающий лишай, очаговый нейродермит, ограниченные формы красного плоского лишая
Диадинамотерапия (токи Бернара)	Экзема, псориаз, нейродермит, красный плоский и опоясывающий лишай
Диатермокоагуляция	Бородавки, папилломы, сосудистые невусы, телеангиэктазии, келоиды
Рефлексотерапия – воздействие на биологически активные точки (электро-, фоно-, лазеро-, КВЧ-пунктура, иглорефлексотерапия)	Экзема, нейродермит, псориаз, крапивница, опоясывающий лишай
Амплипульс-терапия	Склеродермия, ограниченный нейродермит, опоясывающий лишай
Дарсонвализация (искровой разряд)	Выпадение волос, угревая болезнь, хроническая экзема, бляшки красного плоского лишая, псориаза, нейродермита; склеродермия, келоиды
Индуктотермия на область надпочечников	Экзема, красный плоский лишай, нейродермит, псориаз
Ультравысокочастотные токи (УВЧ)	Фурункулы, гидраденит, васкулиты, трофические язвы
Ультразвуковая терапия (местное воздействие)	Гидраденит, ограниченный нейродермит, склеродермия, фурункулы
Ультразвуковая терапия (сегментарное воздействие)	Хроническая крапивница, универсальный кожный зуд, диффузный нейродермит, склеродермия
Ультрафонофорез (кортикостероиды, витамин А и др.)	Ограниченный нейродермит, очаги хронической экземы, псориаза, склеродермии
Фототерапия	
Ультрафиолетовое облучение средневолновое общее (275-320 нм)	Фурункулез, стрептодермии, псориаз, диффузный нейродермит, себорейная и микробная экземы
Ультрафиолетовое облучение крови (среднего и ультрафиолетового спектра)	Псориаз, диффузный нейродермит, экземы, пиодермии

Препараты и методы	Показания
ПУВА-терапия (УФО - А) Сочетает действие фотосенсибилизатора (пувален) и длинноволнового ультрафиолетового облучения (320-400 нм). Сеансы ПУВА-терапии усиливают клинический эффект с приемом ретиноидов, эссенциале, кортикостероидов, цитостатиков, иммуностропных средств, гемосорбцией, плазмаферезом	Тяжелые формы псориаза, экземы, нейродермита, угревой болезни. Грибовидный микоз, ихтиозы.
УФБ-терапия (311 нм)	Хронические торпидные дерматозы
Пограничные лучи Букки (действуют более поверхностно, чем рентгеновские лучи)	Сливающиеся и возвышающиеся угри, упорные хронические формы экземы, нейродермита, келоиды, кератодермии
Криотерапия (лечение холодом снежной угольной кислоты и жидкого азота с помощью специальных аппаратов и криоустановок)	Папилломы, бородавки, невусы, кератомы, ангиомы, очаги красной волчанки, кольцевидная гранулема, вульгарные угри, очаги псориаза и нейродермита, узловатая чесотка, келоиды
Пелоидотерапия (грязелечение)	
Грязевые аппликации торфа, водорастворимого продукта торфа – оксидата торфа, сапропеля	Нейродермит, псориаз, облысение, красный плоский лишай, чесотка, келоиды, угревая сыпь, трофические язвы, микробная экзема, подострые дерматиты
Нафталановая нефть (содержит фракции тяжелой нефти – нафтеновые кислоты)	Псориаз, экзема, нейродермит вне стадии обострения
Озокерит (воскообразный продукт нефтяного происхождения)	Псориаз, нейродермит, экзема, красный плоский лишай (ограниченные формы)
Курортотечение – включает воздушные ванны (аэротерапия), гелиотерапию, морские купания (талассотерапия), минеральные воды для ванн (сульфидные, радоновые, йодобромные, азотные термы, хлоридно-натриевые, рапные и др.), раповые купания	Реабилитация больных хроническими дерматозами

НАРУЖНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ

Местная терапия кожных заболеваний представляет собой, в известной мере, общее воздействие на организм больного.

Ликвидация кожных проявлений и субъективных ощущений (зуд, болезненность, нарушение сна и т. д.) с помощью рациональной фармакотерапии положительно сказывается на психоэмоциональном состоянии пациентов, что в свою очередь играет важную роль в достижении благоприятных результатов лечения.

В терапии дерматозов можно выделить несколько направлений:

1) устранение причины заболеваний путем применения антибактериальных, противовирусных, антипаразитарных средств и препаратов, защищающих кожу от внешних вредных факторов (при профессиональных дерматозах, фотодерматозах, укусах насекомых);

2) устранение развившегося в коже патологического процесса в зависимости от его остроты (острый, подострый, хронический), распространенности (единичные очаги, распространенная, диффузная, генерализованная сыпь), локализации (лицо, веки, туловище, конечности, наружные половые органы), сопутствующих субъективных ощущений.

При проведении наружной терапии дерматозов важно соблюдать следующие принципы (рис. 8).

На острый мокнущий воспалительный процесс назначают водные растворы в виде примочек или аэрозоли.

Острый воспалительный процесс без мокнутия можно приостановить с помощью примочек, аэрозолей, водных болтушек, присыпок, лосьонов.

При подостром воспалительном процессе применяют жировые болтушки, пасты, присыпки, кремы, эмульсии, кремо.

При хроническом неспецифическом воспалительном процессе целесообразно использовать мази, согревающие компрессы, пленки, лаки, пластыри.

При хроническом специфическом процессе (лепромы, лейшманиомы, люпомы) вводят в очаги специфические препараты.

При кожных разрастаниях (бородавки, папилломы, вегетации) рекомендуются прижигающие и цитотоксические средства.

В стадию прогрессирования заболеваний, сопровождающихся инфильтрацией в очагах (псориаз, красный плоский лишай) показаны кератопластические средства в виде мазей, кремов (с небольшим содержанием действующих веществ): 2% салициловой кислоты, 2-5% серы, 5% нафталанна.

В стадию стабилизации и регрессирования инфильтративного процесса назначают кератолитические средства (с возрастающим содержанием действующих веществ): мази, пленки, пластыри.

При различной интенсивности воспалительного процесса (острый без мокнутия, подострый, хронический неспецифический) приемлемо назначение местных кортикостероидных препаратов в виде кремов, мазей, лосьонов, аэрозолей.

Перед началом фармакотерапии дерматозов необходимо учитывать показания и противопоказания к использованию того или иного лекарственного препарата; возможность привыкания к местным средствам; возраст больного (детская кожа более активно поглощает лекарственные средства, например, борную кислоту, серу, салициловую кислоту, деготь, гормональные препараты); возможность развития аллергических реакций (при применении антибиотиков, фурацилина, бриллиантовой зелени и некоторых других средств); возможность побочных явлений, например, при длительном местном применении кортикостероидов (атрофия кожи, гипертрихоз, телеангиэктазии, кушингоид и др.).

Перед назначением местных лекарственных средств необходимо очистить кожу в очагах от чешуек, корок, остатков лекарственных препаратов. Обычно с этой целью применяют повязку с прокипяченным растительным маслом. Лекарство наносят на ограниченный участок (локтевой сгиб) и только убедившись в его переносимости пациентом (3-5 часов), на остальные участки поражения. Важно соблюдать правильность наложения примочек, лекарственных и мазевых повязок, смазываний, втираний, аппликаций, временные интервалы и т. д.

Местные фармакологические средства по характеру воздействия на патологический процесс в коже могут быть разделены на несколько групп (табл. 10). Многие препараты действуют разносторонне в зависимости от концентрации, лекарственной формы и выбранного способа их применения.

Таблица 10. Наружные средства, применяемые в дерматологии

Группа лекарственных средств	Лекарственные препараты
Индифферентные	Растительные масла, вазелин, ланолин, свиной жир, глицерин, спермацет, силиконовые соединения, порошки (окись цинка, тальк, крахмал, белая глина)
Антисептические (противомикробные)	Анилиновые красители, перманганат калия, пероксид водорода, борная кислота (2-5%), хлоргексидин, препараты, содержащие антибиотики, сульфаниламиды
Противовирусные	Препараты, содержащие ацикловир, тромантадин, алпизарин, интерферон и др.
Противовоспалительные	Борная кислота (1-2%), нитрат серебра, танин, ихтиол, кортикостероиды
Антипаразитарные	Бензилбензоат, деготь, сера, зеленое мыло, уксусная кислота, ртутная серая мазь, эсдепаллетрин, линдан, кротамитон и др.
Фунгицидные и фунгистатические	Деготь, сера, препараты йода, ундециленовой кислоты, клотримазол, кетоконазол, нистатин и др.
Разрешающие (редуцирующие)	Сера, нафталан, ихтиол, деготь, дерматол, резорцин, салициловая кислота (2-3%)
Кератолитические, прижигающие	Салициловая, молочная, бензойная кислоты, резорцин, серебра нитрат, подофиллин, солкодерм, кондилиин, фerezол
Противозудные	Ментол, анестезин, димедрол, карболовая, лимонная, уксусная кислоты
Фотозащитные	Салол, хинин, танин, оксид цинка, метилурацил

Особенности лекарственных форм, применяемых в дерматологии, представлены в таблице 11.

Таблица 11. Сравнительная характеристика лекарственных форм, применяемых в дерматологии

Лекарственная форма	Характеристика и способ применения
Водные растворы (или с добавлением спирта)	Содержат антисептики (борная кислота, резорцин, танин, ихтиол, нитрат серебра, риванол и др.) и применяются в виде примочек, влажно-высыхающих повязок
Аэрозоли (пены)	Взвешенные лекарственные частицы в среде пропеллента. Удобны в применении, особенно на эрозированные поверхности
Пудры	Мельчайшие порошкообразные лекарственные вещества (оксид цинка, тальк, крахмал и др.) в виде присыпок

Лекарственная форма	Характеристика и способ применения
Водные болтушки	Равные части порошков и жидкостей. Лучше фиксируются к коже при добавлении глицерина (воды с небольшим добавлением спирта)
Масляные болтушки (линименты)	Содержат 30 % порошкообразных лекарственных веществ и 70 % масла. Обеспечивают противовоспалительный, противозудный и смягчающий эффект
Пасты	Комбинация порошков (40-50 %) и жиров. Хорошо удерживаются на коже. Действуют глубже пудр и болтушек
Пластыри	Основа – воск (канифоль) с добавлением активных веществ. Хорошо фиксируясь к коже, обеспечивают продолжительное и глубокое «кератолитическое» действие активных веществ
Лаки	Основа – эластический коллодий (или каучук в хлороформе) с добавлением лекарственных препаратов. Фиксируясь к коже в виде пленки, обеспечивают глубокое и длительное «кератолитическое» действие
Лосьоны	Растворимые или суспендируемые лекарственные компоненты. Комбинируют с водой (алкоголем), другими физиологическими растворителями. Жидкая часть, испаряясь, обеспечивает быстрый охлаждающий и подсушивающий эффекты, лекарственные вещества усиливают противовоспалительное действие
Эмульсии	Жидкости с содержанием масла 30%. Полулижидкие-полутвердые системы вязко-эластической консистенции. Популярны при лечении поверхностных воспалительных дерматозов. При нанесении на кожу жидкая часть эмульсии испаряется, охлаждая кожу, а масло и лекарственные вещества абсорбируются, усиливая противовоспалительный эффект
Кремо	Липосомальная эмульсия. Липосомы – ламеллярные жировые кристаллические структуры, чередующиеся с водными “вздутиями”. Кремо обеспечивает вместе с вводимыми лекарственными препаратами (кортикостероидами) противовоспалительный эффект, гидратацию кожи и физиологическое испарение воды
Кремы гидрофильные	Содержат 30% масла в воде. Обеспечивают гидратацию, смягчение кожи, противовоспалительный эффект. Действуют непродолжительно (несколько часов)
Кремы, содержащие липобазу	Кремы с водой в качестве постоянной фазы, но с более высоким содержанием (70%) жира, чем в кремах «масло в воде». На основе липосом создан кортико-стероидный препарат «Локоид-Липокрем»
Кремы гидрофобные	Представляют собой систему вода (30%) в масле. Создают масляную пленку на коже, предотвращая испарение воды, оказывая тем самым противовоспалительное действие
Гели	Гидрофобные гели – основа (вазелин, растительные масла) и липофильные образователи (цинковое мыло и др.) Гидрофильные гели – пропиленгликоль и гелеобразователь (карбомер и др.)
Мази гидрофобные	Содержат жировые вещества (вазелин, ланолин, нафталан, свиное сало и др.), обеспечивают «разогревание» кожи и глубокое воздействие вводимых лекарственных веществ на инфильтративный воспалительный процесс
Мази гидрофильные	Содержат синтетические силиконовые соединения, которые обеспечивают дыхание кожи

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ФОРМЫ (описание, рецептура)

ПУДРЫ (присыпки)

П у д р ы – порошкообразные вещества, которые применяют в виде присыпок. Минеральные порошкообразные вещества (оксид цинка, тальк) и органические (крахмал) смешивают между собой в различных соотношениях. Их обозначают как индифферентные присыпки (табл. 12).

Действие. Подсушивающее, обезжиривающее, охлаждающее, сосудосуживающее.

Показания. Острые и подострые дерматиты без мокнутия, при повышенной потливости и усиленном салоотделении. Для лечения эрозий и язв в состав присыпок вводят сульфаниламиды, ксероформ, дерматол. При наличии признаков пиодермии к ним добавляют антимикробные вещества (висмут, дерматол, сульфаниламиды), для усиления противозудного эффекта – ментол, анестезин. Для получения жирных присыпок добавляют нафталанскую нефть.

Крахмал следует исключить из присыпок при повышенной потливости, особенно в кожных складках (вызывает брожение).

Методика применения. Припудривают участки поражения 2-3 раза в день.

Таблица 12. Прописи дерматологических присыпок

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
1	Zinci oxydi Talci Amyli tritici \overline{aa} 10,0 M.D.S. Присыпка	При ограниченных подострых дерматитах (вне складок)
2	Acidi tannici 10,0 Zinci oxydi 30,0 M.D.S. Присыпка	При потертостях
3	Urotropini Acidi borici \overline{aa} 2,5 Zinci oxydi Talci \overline{aa} 25,0 M.D.S. Присыпка	При потливости
4	Dermatoli Bolus albae \overline{aa} 10,0 Zinci oxydi Talci \overline{aa} 15,0 M.D.S. Присыпка	На язвы, эрозии
5	Naphtha-naphthalani 0,6 Mentholi 0,2 Zinci oxydi Talci \overline{aa} 10,0 M.D.S. Присыпка	Дерматиты
6	Bismuthi subnit. 10,0 Amyli tritici Zinci oxydi \overline{aa} 15,0 M.D.S. Присыпка	При ограниченных дерматитах (вне складок)
7	Streptocidi albi subtil. Zinci oxydi Bolus albae \overline{aa} 15,0 M.D.S. Присыпка.	На язвы, эрозии. Применяют на очаги 1 раз в 1-2 дня, прибинтовывают 3-4 турами. Новое припудривание проводят после осторожного снятия образовавшихся корок с помощью повязки с прокипяченным растительным маслом

РАСТВОРЫ, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ПРИМОЧЕК

Растворы – жидкая лекарственная форма, получаемая путем растворения в дистиллированной воде (реже в этиловом спирте) твердого или жидкого лекарственного вещества. Для примочек назначают в виде растворов противовоспалительные, вяжущие, дезинфицирующие вещества (табл. 13).

Действие. Охлаждающее, противовоспалительное, дезинфицирующее, вяжущее.

Показания. Острое воспаление кожи с мокнутием или без явлений экссудации (ограниченные экземы, острые дерматиты и др.) для уменьшения мокнутия, отечности, жжения, зуда в участках поражения. Обычно примочки применяют на ограниченные участки поражения несколько раз в день (1-3 дня) до уменьшения мокнутия (островоспалительные явления). При более длительном воздействии кожа в очагах становится сухой, могут появляться трещины. При затяжных процессах рекомендуется менять состав примочек. Грудным детям примочки желательно не применять.

Методика применения. 4-6 слоев марли, смоченной раствором, прикладывают на участок поражения. Меняют каждые 3-5 мин в течение часа или более, 2-3 раза в день.

Таблица 13. Прописи растворов, применяемых для примочек

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
8	Sol. acidi borici 2 % 300,0 D.S. Для примочек	Для примочек на различных участках тела
9	Sol. Resorcini 2 % 300,0 D.S. Для примочек	При мокнутии с пиококковыми элементами на различных участках тела
10	Sol. Tannini 2 % 300,0 D.S. Для примочек	Для примочек на очаги с различной локализацией
11	Sol. Aethacridini lactatis 0,1% 500,0 D.S. Для примочек	При мокнутии с пиококковыми элементами на конечностях, туловище

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
12	Sol. Argenti nitratis 0,25 % 200,0 Da in vitro nigro! S. Наружное. Для примочек	Нежелательно применять на лицо ввиду развития темного окрашивания кожи
13	Sol. Plumbi acetatis 0,25 % 300,0 D.S. Для примочек	Свинцовая вода. Не применяют на лицо (при попадании в глаза возможно развитие слепоты)
14	Aq. Plumbi Aq. destillatae \overline{aa} 100,0 Acidi borici 4,0 M.D.S. Для примочек	Не применяют на лицо
15	Aluminis 4,0 Ac. borici 6,0 Aq. destil. 200,0 M.D.S. Для примочек	Применяют на различные участки тела
16	Sol. acidi carbolici 1 % 300,0 D.S. Для примочек	Применяют на различные участки тела
17	Sol. Kalii permanganatis 0,5 % 300,0 D.S. Для примочек	Применяют на конечности
18	Liquoris Burovi 500,0 D.S. Для примочек	8 % раствор алюминия ацетата применяют на различные участки тела. Развести 1 ч. л. в стакане воды
19	Sol. Zinci sulfatis 0,5 % 300,0 D.S. Для примочек	Применяют на различные участки тела
20	Sol. Furacillini 0,02 % 300,0 D.S. Для примочек	Применяют при выраженных явлениях импетигнизации
21	Sol. Ichthyoli 5 % 300,0 D.S. Для примочек	Применяется на конечности
22	Cupri sulfatis 0,1 Zinci sulfatis 0,4 Spiritus camphorati 30,0 Aquaе destillatae 300,0 M.D.S. Для примочек	Жидкость Алибура

ВЗБАЛТЫВАЕМЫЕ ВЗВЕСИ (болтушки)

Взбалтываемые взвеси – мельчайшие порошкообразные вещества, взвешенные в воде; воде и глицерине; воде, глицерине и этиловом спирте. Перед применением взвесь тщательно взбалтывают («болтушка»). «Болтушка» состоит из 30-40% порошковых веществ (цинк, тальк, крахмал) и 60-70% жидкости (вода, вода и глицерин, глицерин и спирт). После испарения воды, нанесенные на кожу порошки остаются на ней тонким слоем. Глицерин их удерживает на коже в течение многих часов. Спирт способствует ускорению испарения воды с поверхности очагов поражения. К этой лекарственной форме можно добавлять другие препараты: ихтиол, анестезин, серу и др.

В качестве местного противовоспалительного средства используют масляные болтушки (линименты), которые состоят из окиси цинка (30%) и растительных масел (70%).

Действие. Водных болтушек: противовоспалительное, подсушивающее, противозудное. Масляных взвесей: противовоспалительное, смягчающее, отшелушивающее (табл. 14).

Показания. При острых и подострых поражениях кожи без мокнутия (дерматиты, аллергические сыпи и др.).

Болтушки можно применять без наложения повязок.

Методика применения. Перед применением взбалтывают. Наносят тампоном на участок поражения 2-3 раза в день.

Таблица 14. Примеры прописей взбалтываемых взвесей (болтушек)

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
23	Zinci oxydi Talci Glycerini Aq. destil. \overline{aa} 25,0 M.D.S. Наружное. Перед применением тщательно взболтать	Водно-глицериновая болтушка

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
24	Zinci oxydi Talci Amyli tritici <u>aa</u> 40,0 Glycerini 40,0 Sp. vini 96 % 50 ml Aq. destillatae ad 250,0 M.D.S. Наружное Болтушка. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Водно-спиртовая болтушка с глицерином. Быстро высыхает и охлаждает кожу. При необходимости можно добавить 5 % серы, 5-10% анестезина, 5-10% ихтиола, - 2% ментола
25	Zinci oxydi Talci <u>aa</u> 30,0 Glycerini Aq. destil. <u>aa</u> 70,0 M.D.S. Наружное. Перед применением тщательно взболтать	Водно-глицериновая болтушка
26	Zinci oxydi Talci Amyli tritici <u>aa</u> 30,0 Anaesthesini 10,0 Glycerini Sp. vini rectific. 96 % <u>aa</u> 25,0 Aq. destil. ad 220,0 M.D.S. Наружное. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Водно-спиртовая болтушка с анестезином и глицерином
27	Zinci oxydi Talci Amyli tritici Glycerini <u>aa</u> 10,0 Aq. destil. 60,0 M.D.S. Наружное	Водная болтушка с глицерином
28	Zinci oxydi 30,0 Olei Helianthi 70,0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Масляная болтушка. Смягчает кожу, способствует Отторжению чешуек, корок
29	Linimenti zinci oxydi 100,0 D.S. Наносить на пораженную кожу 2 раза в день	Для профилактики импетиiginизации добавляют 2 % борной кислоты, 5 % ихтиола, для усиления противовоспалительного эффекта – кортикостероиды

АЭРОЗОЛИ

Аэрозоли – дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. Они обычно содержат кортикостероиды, антибиотики, антимикотики и выпускаются в специальных герметичных баллонах с клапанным устройством.

Действие. По механизму действия близки к взбалтываемым взвесям.

Показания. Различной степени воспаление кожи, в том числе сопровождающиеся мокнутием, пиодермией, осложненные воспалением микозы (см. табл. 21, 22, 49, 80).

Методика применения. Из баллона орошают участки поражения 2-3 раза в день.

МАЗИ

Мазь – лекарственная форма, основой которой является жир или жироподобное вещество. Применение мази прекращает дыхание кожи, вызывает некоторое повышение ее температуры, разрыхление поверхностных слоев и расширение сосудов в участках поражения, благодаря чему происходит всасывание активных веществ, содержащихся в этой лекарственной форме.

В качестве основы применяют желтый вазелин и ланолин (поровну), очищенное свиное сало, растительные жиры, масла, нафталан, силиконовые соединения.

В мазевые основы вводят серу, деготь, салициловую кислоту, нафталан, ихтиол, резорцин, при пиодермических наслоениях – антибиотики, учитывая возможность сенсibilизации.

Действие. В небольших концентрациях (до 3%), например, салициловая кислота, резорцин, введенные в мазевую основу, вызывают кератопластический эффект (отшелушивающий,

эпителизирующий, противовоспалительный, легкий рассасывающий), в больших концентрациях (3-5 % и более) – кератолитический (отшелушивающий, отслаивающий, выраженный рассасывающий) (табл. 15).

Показания. При хронических, подострых воспалительных заболеваниях, при наличии в коже воспалительного инфильтрата неинфекционного характера и выраженном шелушении (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, хроническая экзема, ихтиоз, гиперкератозы и др.), при лечении грибковых и паразитарных заболеваний кожи, для ее смягчения и с другими целями.

Методика применения. Рассчитывая на кератопластическое действие, используют небольшие концентрации действующих веществ, смазывают очаги 2-3 раза в день.

Для получения кератолитического эффекта используют возрастающие концентрации действующих веществ. Применяют смазывание очагов 2-3 раза в день под повязку, в том числе под компрессную 2 раза в день.

Таблица 15. Рецепты кератопластических и кератолитических мазей

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
30	Acidi salicylici 2,0 Vasellini ad 100,0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Оказывает отшелушивающее, смягчающее, противовоспалительное (кератопластическое) действие
31	Acidi salicylici Sulfuris pp <i>aa</i> 2,0 Vasellini Lanolini <i>aa</i> 48,0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Серно-салициловая мазь кератопластического действия
32	Acidi borici Olei Rusci <i>aa</i> 0,6 Vasellini 30,0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Борно-дегтярная мазь. Сочетает кератопластическое действие березового дегтя и антисептическое действие борной кислоты
33	Sulfuris pp. Olei Rusci <i>aa</i> 2,0 Lanolini Vasellini <i>aa</i> 48,0 M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	Серно-дегтярная мазь кератопластического действия
34	Ichthyoli 2,5 Vasellini Lanolini <i>aa</i> ad 50,0 M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	Ихтиол (получают из сланцев) оказывает противовоспалительное и некоторое антисептическое действие
35	Ung. Zinci oxydi 50,0 M.D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Официальная цинковая мазь
36	Sulfuris pp. Zinci oxydi <i>aa</i> 2,5 Vasellini ad 50,0 M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Серно-цинковая мазь кератопластического действия
37	Acidi salicylici 2,0 Ung. Naphthalani 48,0 M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Мазь салицилово-нафталанная. Оказывает отшелушивающее, смягчающее, рассасывающее, дезинфицирующее действие
38	Hydrargyri dichloridi 0,2 Acidi carbolici 4,0 Lanolini Vasellini <i>aa</i> 50,0 M. f. ung. D.S. Смазывать участки поражения 1-2 раза в день	Мазь Унны показана при ограниченных формах красного плоского лишая. Оказывает противовоспалительное и антисептическое действие
39	Emp. plumbi simplicis Vasellini <i>aa</i> 30,0 M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Диахильная мазь

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
40	Lanolini Vaselini Aq. Calcis <u>aa</u> 20,0 M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Охлаждающая мазь Унны. Кальциевую воду можно заменить дистиллированной водой или 2 % раствором борной кислоты
41	Sulfuris pp 1,5 Naphthalani ad 30,0 M.f.ung. D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Серно-нафталианная мазь. Пропись Л.Н.Машкиллейсона
42	Acidi salicylici 0,6 Ichthyoli 0,9 Naphthalani ad 30,0 M.f.ung. D.S. Наружное	Состав оказывает Противовоспалительное и отшелушивающее действие. Пропись Л.Н.Машкиллейсона
43	Gelatini albae 2,0 Aq. destil. 80,0 Glycerini Zinci oxydi <u>aa</u> 30,0 Amyli orysae 15,0 Ol. Helianthi 20,0 M.D.S. Смазать очаги 1 раз в день	Засыхающая основа А.Б.Селисского. Применяют при экземах с незначительным мокнутием, нейродермитах
44	Ung. Acidi salicylici 5% 100,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день	Оказывает выраженное отшелушивающее и в меньшей степени рассасывающее действие (кератолитический эффект)
45	Acidi salicylici 5,0 Sulfuris pp. 20,0 Vaselini ad 100,0 M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Серно-салициловая мазь кератолитического действия
46	Ung. Naphthalani 30 % 100,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день	Оказывает хорошее рассасывающее, противовоспалительное действие инфильтративных дерматозах при
47	Picis liquidae Sulfuris pp. <u>aa</u> 10,0 Vaselini 80,0 M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	Серно-дегтярная мазь кератолитического действия
48	Picis liquidae 15,0 Calcii carbonatis pp. 10,0 Sulfuris depur 15,0 Ung. Naphthalani 30,0 Saponis viridis 30,0 Aq. destil. 4,0 M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	Мазь Вилькинсона. Применяют как противогрибковое и антипаразитарное средство
49	Ung. ACD (3 фр.) 30 % 100,0 D.S. Смазывать участки поражения 1-2 раза в день	Мазь с АСД (антисептик стимулятор Дорогова) кератолитического действия
50	Acidi salicylici 12,0 Acidi lactici 6,0 Vaselini ad 100,0 M.D.S. Смазывать кожу стоп 1 раз в день	Отслаивающая мазь Ариевича. Применяется под компрессную повязку для отслойки
51	Kalii iodati Lanolini <u>aa</u> 50,0 M.D.S. Нанести на пораженные ногти на 5 дней	Мазь Аравийского. Применяется под компрессом для поврежденных ногтей
52	Resorcini Ac. Lactici Ac. salicylici <u>āā</u> 15,0 Vaselini ad 100,0 M.D.S. Нанести на ногтевые ложа на 48 ч	Отслаивающая мазь Андриясяна. Наносится под компрессную повязку

КРЕМЫ

Кремы отличаются от мазей содержанием воды в жировой основе. Если частицы воды окружены маслом («вода в масле»), то образуется жирная мазь (крем), если наоборот («масло в воде»), то образуется нежирная эмульсионная мазь (крем).

Чаще применяют крем, состоящий из равных частей ланолина (животный жир), вазелина (или растительного масла) и воды.

Нередко в качестве основы для патентованных кремов применяют синтетические жироподобные вещества – производные целлюлозы, этиленоксидов и др.

В кремы часто вводят противозудные (димедрол, ментол), отшелушивающие (салициловая кислота) вещества, мочевины, витамины А, Е, кортикостероиды и другие средства.

Действие. При нанесении кремов кожа смягчается и увлажняется, очищается от чешуек, корочек. При этом сохраняется ее дыхание, проявляются охлаждающий, сосудосуживающий, противовоспалительный эффекты.

Показания. При сухой шелушащейся коже, трещинах, подострых дерматитах (экземах), зудящих дерматозах, некоторых инфильтративно-десквамативных (псориаз, нейродермиты, ихтиоз) и других дерматозах (табл. 16).

Методика применения. Смазывание или легкое втирание (шпатель, пальцы в перчатках) в участки поражения 2-3 раза в день.

Таблица 16. Прописи некоторых кремов, применяемых при лечении дерматозов

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
53	Lanolini Ol. Persicorum _____ Aquae destil. <i>aa</i> 50,0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Крем Унны
54	Sol. Dimedroli spirituosae 20 %20,0 Prednisoloni 0,2 Lanolini Ol. Helianthi _____ Aq. destil. <i>aa</i> 30,0 M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Крем с димедролом и преднизолоном
55	Triamcinoloni 0,04 Zinci oxydi 3,0 Aq. destil. 7,0 Lanolini Ol. Helianthi _____ <i>aa</i> 10,0 M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Крем с триамцинолоном
56	Dexazoni 0,01 Citrali 0,4 Lanolini 12,0 Aq. Destil Sol. Retinoli acetatis oleosae 8,6 % <i>aa</i> 1,0 M.D.S. Смазывать кожу лица 2 раза в день	Крем при воспаленной коже лица
57	Dexamethazoni 0,0075 Carbamidi 3,0 Ung. Zinci Olei Helianthi _____ <i>aa</i> 15,0 M.D.S. Смазывать кожу лица 1-2 раза в день	При подостром дерматите На лице
58	Ureae purae 5,0 Lanolini 5,0 Ol. Persicorum 15,0 Ung. Solcoserylil 20,0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Оказывает смягчающее, эпителизирующее действие
59	Aeviti 5 ml Ac. salicylici 1,0 Ol. Ricini 5,0 Lanolini 30,0 Ung. Prednizoloni 0,5 % 10,0 M. f. ung. D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Применяют при сухости кожи, десквамативно – инфильтративных дерматозах (ихтиоз, псориаз, нейродермит и др.)

ПАСТЫ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ

П а с т ы д е р м а т о л о г и ч е с к и е – это смесь равных количеств жировых веществ и индифферентных порошков. Они действуют глубже, чем болтушки, но более поверхностно, чем мази.

Действие. Противовоспалительное, подсушивающее, охлаждающее, не вызывают прекращения кожного дыхания.

Показания. При остром и подостром воспалении без мокнутия (дерматиты, герпесы, подострые экземы и др.). При хроническом инфильтративном воспалительном процессе (хронические экземы, нейродермиты, псориаз и др.) назначают жирные пасты, увеличив при этом в лекарственной форме содержание жировых веществ и регулируя содержание активных веществ (салициловая, карболовая кислоты, сера, деготь, нафталан, ихтиол, АСД и др.), можно получить кератопластический (редуцирующий) или кератолитический (рассасывающий) эффекты (табл. 17).

Методика применения. Наносят тонким слоем на очаги 2-3 раза в день. Не применяют на участки с обильным волосным покровом и мокнутием. Накладывают обычно без повязки.

Таблица 17. Рецепты дерматологических паст

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
60	Pastae Zinci 40,0 D.S. Наносить на очаги 2 раза в день	Официальная цинковая паста
61	Pastae Zinci-naphthalani-boratae 25,0 D.S. Наносить на очаги 2 раза в день	Официальная борно-цинко-нафталанная паста
62	Acidi salicylici 1,0 Zinci oxydi _____ Amyli tritici <u>aa</u> 12,5 Vaselini ad 50,0 M.D.S. Наносить на очаги 1-2 раза в день	Паста Лассара
63	Naphthalani Zinci oxydi _____ Talci <u>aa</u> 15,0 ACD (3 фракция) 3,0 Sol. Retinoli acetatis oleosae 3,44 % 10,0 M.D.S. Наносить на очаги 1-2 раза в день	Паста с содержанием АСД (антисептик стимулятор Дорогова), нафталана, витамина А
64	Ung. Naphthalani 30 % 20,0 Picis liquidae 5,0 Zinci oxydi _____ Amyli tritici <u>aa</u> 10,0 M.D.S. Наносить на очаги 1 раз в день	Паста дегтярно-нафталанная кератолитического действия
65	Novocaini Anaesthesini Dimedroli <u>aa</u> 0,7 Pastae Zinci 30,0 M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день	Противозудная паста
66	ACD (3 фракция) 10,0 Zinci oxydi 30,0 Vaselini ad 100,0 M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день	Паста АСД кератолитического действия
67	Acidi borici _____ Ol. Rusci <u>aa</u> 3,0 Pastae Zinci 30,0 M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Борно-дегтярная паста кератолитического действия

ЛАКИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ

Основа **л а к о в** – эластический коллодий с 10% содержанием касторового масла или травмацитин (каучук в хлороформе). В основу вводят салициловую, карболовую, молочную кислоты, резорцин, деготь и другие вещества. Лак застывает на коже в виде тонкой пленки; вещества, содержащиеся в нем, глубоко проникают в кожу. Он удаляется бензином.

Действие. Кератолитическое, отслаивающее, фунгицидное, антипаразитарное.

Показания. Для лечения омозололостей, бородавок, ногтевых пластинок при онихомикозах, при бляшечном псориазе, для отслойки рогового слоя (табл. 18).

Методика применения. Наносят однократно на очаг на 3-5 дней, затем применяют мази 1-2 дня, душ; циклы повторяют.

Таблица 18. Прописи некоторых дерматологических лаков

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
68	Ac. salicylici 12,0 Ac. lactici 6,0 Collodii elastici ad 100,0 M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Салицилово-молочный коллодий. Лак для смазывания ороговелостей, вульгарных, подошвенных бородавок, ногтевых пластинок при онихомикозах
69	Iodi puri Sp. aethylici Ac. acetici Ol. Rusci <u>aa</u> 20,0 Resorcini Ac. lactici <u>aa</u> 12,0 Ac. salicylici 24,0 Ac. carbolicis 10,0 Collodii elastici ad 200,0 M.D.S. Смазывать пораженные ногтевые пластинки 1 раз в день	Фунгицидно-кератолитический лак (ФКЛ). Для лечения ногтевых пластинок при онихомикозах, удаления вульгарных и подошвенных бородавок
70	Ac. Lactici Ac. salicylici Resorcini <u>aa</u> 10,0 Ol. Ricini 3,0 Collodii elastici ad 100,0 M.D.S. Смазывать элементы 1 раз в день	Салицилово-молочно-резорциновый коллодий. Для смазывания подошвенных бородавок

ПЛАСТЫРИ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ

Основу **пластыря** – воск или канифоль, обеспечивающие его густую и липкую консистенцию. Вводят кератолитические концентрации салициловой кислоты, мочевины, йода, карболовой и уксусной кислот, свинца оксид и др.

Действие. Активное рассасывающее, отслаивающее, разрыхляющее, дезинфицирующее, фунгицидное в зависимости от вводимых веществ.

Показания. Для удаления ороговелостей, разрыхления ногтей, лечения ногтевого ложа при онихомикозах, трихомикозах, веррукозной форме красного плоского лишая, ограниченном нейродермите, гнойно-воспалительных процессах в коже (табл. 19).

Методика применения. Перед применением пластырь нагревают, очаг протирают спиртом (бензином), меняют 1 раз в 2-3 дня. Пластырь хорошо удерживается на коже, ногтях.

Таблица 19. Рецепты некоторых пластырей, применяемых для лечения дерматозов

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
71	Ac. salicylici Emplastri Plumbi <u>aa</u> 30,0 M.D.S. Наносить на очаг 1 раз в неделю	50 % салициловый пластырь. Покрывают черепицеобразно лейкопластырем. Для удаления ороговелостей, разрыхления ногтей
72	Ureaplasti 50,0 D.S. Накладывать на ногти на 48 ч.	Покрывают лейкопластырем. В состав уреапаста входят: мочевина, свинцовый пластырь, воск, ланолин, вода
73	Emplastri Iodi 7,5 % 50,0 D.S. Накладывать на ногтевые ложа на 5-6 день после удаления ногтя	Покрывают лейкопластырем. Применяют для лечения ногтевого ложа при онихомикозах
74	Emplastri acidi carbolicis 5 % 50,0 D.S. Накладывать на ногтевые ложа на 48 ч.	Покрывают лейкопластырем. Применяют для лечения ногтевого ложа при онихомикозах

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
75	Emplastri adhaesivi № 1 D.S. Для заклеивания очагов поражения	Липкий пластырь. Заклеивают черепицеобразно. Применяют при веррукозном красном плоскомлишае, ограниченном нейродермите, трофических язвах, для разрыхления кожи в очагах микроспории волосистой части головы. Под пластырь наносят ихтиол для лечения фурункулов, а также другие вещества

ПРОТИВОЗУДНЫЕ СРЕДСТВА

Противозудные средства можно разделить на две группы.

Первая группа противозудных средств оказывает только противозудное действие, не влияя на патологический процесс в коже. К ней относятся препараты: ментол, анестезин, лимонная и карболовая кислоты, растворы уксуса, антигистаминные средства, хлоралгидрат, красители и др. Эта группа средств применяется чаще в виде спиртовых растворов для смазываний, обтираний зудящих участков кожи (табл. 20).

Вторая группа противозудных средств оказывает влияние и на патологический процесс в коже. Сюда относят следующие препараты: серу, деготь, салициловую кислоту, кортикостероиды и др. Эти вещества включают преимущественно в состав болтушек, паст, мазей, кремов (прописи см. далее в тексте).

Показания. Кожный зуд, почесуха взрослых, крапивница, нейродермит, многоформная экссудативная эритема, укусы насекомых и другие заболевания, сопровождающиеся зудом.

Методика применения. Смазывание зудящих участков 2-3 раза в день.

Таблица 20. Рецепты спиртовых растворов

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
76	Mentholi 2,0 Sp. aethylici 70 % ad 100 ml M.D.S. Протирать пораженную кожу	2 % ментоловый спирт
77	Ac. carbolicі 2,0 Sp. aethylici 70 % ad 100 ml M.D.S. Наружное. Смазывать кожу при зуде	2 % карболовый спирт
78	Sol. Dimedroli spirit. 2 % 100 ml D.S. Протирать зудящие участки кожи	2 % димедроловый спирт
79	Anaesthesini Novocaini \overline{aa} 0,5 Mentholi 1,25 Sp. aethylici 70 % 50 ml M.D.S. Протирать зудящую кожу	«Меновазин»
80	Phenoli Mentholi \overline{aa} 0,5 Ac. salicylici 1,0 Sp. aethylici 70 % 50 ml M.D.S. Протирать зудящие участки кожи 2 раза в день	Карболово-ментолово-салициловый спирт

КОРТИКОСТЕРОИДНЫЕ СРЕДСТВА

Местные кортикостероидные средства эффективно подавляют кожную воспалительную реакцию, в том числе аллергическую, благодаря сосудосуживающему эффекту и тормозящему действию на высвобождение цитокинов (интерлейкины, γ -интерферон) из лимфоцитов и макрофагов, медиаторов воспаления из эозинофилов и нейтрофилов, снижают метаболизм арахидоновой кислоты, подавляют активность гиалуронидазы. Кортикостероиды (особенно фторированные) снижают скорость деления клеток, что важно при инфильтративно-десквамативных дерматозах (псориаз, нейродермит, красный плоский лишай, ихтиоз и др.).

При инфицировании участков поражения их не применяют без добавления антибактериальных средств, так как имеется возможность усиления воспаления и диссеминации процесса.

При нанесении на большие участки поражения (особенно эрозивно-язвенные) имеется значительный риск резорбции местных фторированных кортикостероидов, подавления функции надпочечников, при этом не исключается их тератогенное действие.

Потому, при назначении местных кортикостероидных препаратов следует придерживаться следующих рекомендаций:

- в начале лечения применяют не очень активные препараты группы *гидрокортизона, преднизолон*;
- при их неэффективности назначают высокоактивный препарат до получения выраженного улучшения, после чего переходят на менее активный препарат;
- препараты наносят на очаги тонким слоем, придающим коже небольшой блеск;
- препараты следует выписывать в небольших количествах, чтобы исключить их передозировку и контролировать ход лечебного процесса;
- окклюзионные повязки следует применять только непродолжительное время;
- высокоактивные препараты назначают при дискоидной красной волчанке и красном плоском лишае, среднеактивные препараты – при псориазе; с небольшой активностью (*гидрокортизон, преднизолон*) – при экземе, дерматитах.

При инфицированных кожных поражениях к кортикостероидам присоединяют антимикробные и антимикотические средства (*неомицин, клотримазол, нистатин* и др.), при этом стероид не предупреждает возможные реакции на эти вещества.

При отсутствии инфекции кортикостероиды применяют в чистом виде.

Побочные реакции чаще развиваются при лечении сильнодействующими кортикостероидами. Они выражаются в присоединении инфекции, атрофии кожи (иногда необратимой), стрий, местного гирсутизма у женщин молодого возраста, периорального дерматита, местной депигментации, акне.

Не следует применять сильнодействующие кортикостероиды на кожу лица (исключение – дискоидная красная волчанка), век (из-за возможности развития глаукомы).

Противопоказаниями к назначению местных глюкокортикостероидов (особенно высокоактивных) являются бактериальные, вирусные, грибковые дерматозы, периоральный дерматит, специфические инфекции кожи (туберкулез, сифилис), опухоли кожи, беременность (лактация), обширные поражения кожи, дерматозы у детей до года.

КЛАССИФИКАЦИЯ СТЕРОИДНЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

1. Очень сильнодействующие: *беклометазон (пропадерм форте), гальцинонид (гальцидерм), дифлукортолон (нерисон форте), клобетазол (дермоват, кловейт)*.
2. Сильнодействующие: *беклометазон (пропадерм), бетаметазон (бетноват), гидрокортизона бутират (локоид), десонид (тридесилон), дифлукортолон (нерисон, теметекс), триамсинолон (адкортил, ледеркорт), флуоклоролон (топилар), флуоцинолон (синалар), флуоцинонид (метозин), флупреднилиден (декордем)*.
3. Обладающие средней активностью: *гидрокортизон с мочевиной (альфадерм, калмурид), дезоксиметазон (стидекс), клобетазол (эумоват), флуокортолон (ультрадил), флуоцинолон (синандон), флурандренолон (гелан)*.
4. Слабодействующие: *гидрокортизон (кобадекс, кортрил, гидрокортон и др.), метилпреднизолон (медрон)*.

ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ, НЕ СОДЕРЖАЩИЕ ГАЛОИДЫ, С НЕБОЛЬШОЙ АКТИВНОСТЬЮ

К этой группе относятся препараты, содержащие *гидрокортизон, преднизолон, мазипредон, предникарбат*. Их также комбинируют с антибиотиками (*окситетрациклин, хлорамфеникол* и др.), антисептиками (*хлоргексидин, сера, йодоксихинолин*), противогрибковыми веществами (*миконазол, натамицин*) и др.

Действие. Противовоспалительное, противоаллергическое, антиэкссудативное, противозудное, комбинированных кортикостероидов – противовоспалительное, антибактериальное, противогрибковое.

Показания. Глюкокортикостероиды простого состава назначают при различных формах экзем (без мокнутия), дерматитов, наружном отите, нейродермите, псориазе, красной волчанке, красном плоском лишае. Комбинированные кортикостероиды показаны при пиодермитах, инфицированных экземах, пруриго, дерматитах, ожогах, укусах насекомых, многоформной эритеме, обморожениях, язвах голени, воспалительных микозах (табл. 21).

Методика применения. Препараты наносят на очаги тонким слоем, придающим коже небольшой блеск, 2-3 раза в день.

Таблица 21. Рецепты глюкокортикостероидных препаратов с небольшой активностью

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
81	Ung. Hydrocortisoni ophthalmici 0,5 % 2,5 D.S. Смазывать кожу век 2 раза в день	Гидрокортизон для глазной практики
82	Ung. Prednisoloni 0,5 % 20,0 D.S. Втирать в очаги поражения 2 раза в день	Преднизолоновая мазь
83	Ung. Depersoloni 10,0 D.S. Втирать в очаги поражения 3 раза в день	Производное преднизолона – мазипредон в смываемой основе
84	Ung. Dermatop 30,0 D.S. Наносить на очаги тонким слоем 2 раза в день, слегка втирая	Содержит предникарбат
85	Ung. Hydrocortisoni 1 % 20,0 D.S. Смазывать очаги поражения тонким слоем 2-3 раза в день.	Выпускается также 5 % мазь гидрокортизона
86	Ung. Laticort 15,0 D.S. Смазывать очаги 1- 3 раза в день	Активное вещество – гидрокортизон. Выпускается также в виде лосьона
87	Ung. Huoxisonum 5,0 D.S. Смазывать участки поражения 2-3 раза в день	Содержит гидрокортизона ацетат и окситетрациклина гидрохлорид. Синоним – «Геокортон»
88	Ung. Oxycort 10,0 D.S. Смазывать участки поражения 2-3 раза в день	Содержит гидрокортизон и окситетрациклин
89	Ung. Sibicort 20,0 D.S. Наносить на участки поражения 1-3 раза в день тонким слоем	Содержит гидрокортизон и хлоргексидин
90	Ung. Auobin 20,0 D.S. Смазывать очаги 2-3 раза в день	Активные вещества: преднизолона капронат, триклозан, лидокаин. Обладает также местным анестетическим действием (раны, язвы)
91	Ung. Cortomycetinum 15,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день	Содержит гидрокортизона ацетат и левомецетин
92	Ung. Sulfodecortemum 25,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2-3 раза в день	Содержит гидрокортизона ацетат и осажденную серу. Оказывает противовоспалительное и антисеборейное действие
93	Creporis Pimafucort 15,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2-3 раза в день	Препарат содержит гидрокортизон, антимикотик натамицин и антибиотик неомицин. Выпускается также в виде мази и лосьона с аналогичными названиями
94	Aerosoli Oxycortum № 1 D.S. Орошать участки поражения 2-3 раза в день	В состав входит гидрокортизон и окситетрациклин. Синоним – Геокортон-спрей
95	Ung. Mucosolon 15,0 D.S. Наносить на пораженную поверхность 1-2 раза в день	Активные вещества: миконазол и деперзolon (мазипредон)
96	Ung. Dermosolon 5,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Активные вещества: йодоксихинолин, преднизолон

ГЛЮКОРТИКОСТЕРОИДЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ, СОДЕРЖАЩИЕ ГАЛОИДЫ, СРЕДНЕЙ И ВЫСОКОЙ СТЕПЕНЬЮ АКТИВНОСТИ

Эту группу препаратов составляют наружные средства, в состав которых входят синтетические глюкокортикостероиды: триамцинолон, дексаметазон, флуоцинолон, бетаметазон, клобетазол, гидрокортизон-17-бутират и др.

Действие. Оказывают более выраженные противовоспалительное, противоаллергическое, антиэкссудативное, противозудное действия, чем кортикостероиды, не содержащие галогены. Активно воздействуют на инфильтрацию в очагах поражения, особенно при применении под окклюзионную повязку (табл. 22).

Показания. Псориаз, красный плоский лишай, лихенифицированная экзема, себорейный дерматит, пузырьчатка, дерматит Дюринга, кольцевидная гранулема, укусы насекомых и некоторые другие дерматозы.

Комбинированные препараты: применяют при первичных инфекциях кожи (вызванных бактериями, грибами, вирусами), инфицированных дерматозах, розовых угрях, акне, зуде заднего прохода и половых органов.

В период обострения показан крем, при хроническом течении – мазь, на волосистую часть головы – лосьон. Не следует их назначать на лицо, следует избегать попадания в глаза, длительного использования препарата.

Методика применения. Препараты наносят на очаги поражения тонким слоем 1-2 раза в день, при выраженной инфильтрации – под окклюзионную повязку на 12-24 ч.

Таблица 22. Глюкокортикостероидные препараты со средней и высокой степенью активности

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
97	Ung. Ftocort 15,0 D.S. Наносить на очаги поражения 2 раза в день, слегка втирая	Активное вещество – триамцинолон ацетонид. Аналоги: Ledecort, Triacort, Kenalog, Polcortolon, Kenacort
98	Lotionis Lorinden 15,0 D.S. Наносить 3-5 раз в сутки на очаги поражения	Лосьон. Активное вещество – флуметазон. Возможно применение на слизистые
99	Ung. Synalar 15,0 D.S. Смазывать очаги поражения 1-2 раза в сутки	Активное вещество – флуоцинолон ацетонид. Выпускается также в виде крема и лосьона. Аналог: Flucinar
100	Creporis Locoid 30,0 D.S. Наносить на очаги 2-4 раза в день	Содержит гидрокортизон-17-бутират. Выпускается также в виде мази, липокрема, лосьона с аналогичными названиями
101	Ung. Sicorten 10,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день тонким слоем	Активное вещество: галометазон. Выпускается также в виде крема
102	Ung. Apulein 15,0 D.S. Наносить на очаг поражения 1-2 раза в день тонким слоем	Активное вещество: будесонид. Исключить попадание на слизистые
103	Ung. Celestoderm 30,0 D.S. Наносить на очаги 3-6 раз в день тонким слоем	Активное вещество: бетаметазон. Выпускается также как Целестодерм-В
104	Ung. Ultralan 15,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2-3 раза в день тонким слоем.	Активное вещество: флукортолон. Выпускается также в виде крема, молочка, аэрозоля
105	Ung. Dermovate 25,0 D.S. Наносить тонким слоем на очаги 2 раза в день	Активное вещество: клобетазола пропионат. Очень сильный местный глюкокортикостероид. Применяют в случае неэффективности лечения менее активными кортикостероидами
106	Lotionis Elocom 20 ml D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	0,1 % раствор мометазона фууроат. Выпускается также в виде крема, мази по 15,0. Разрешен к применению в детской практике
107	Aerosoli Polcortolon TC 40,0 D.S. Орошать пораженную поверхность 3-4 раза в день	Активные вещества: триамцинолон ацетонид и тетрациклин
108	Ung. Lorinden A 15,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Активные вещества: флуметазон и салициловая кислота. Известна также как Локазален; в комбинации с йодоксигинолином как Лоринден С
109	Ung. Synalar N 15,0 D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	Активные вещества: флуоцинолон и неомицин. Выпускается также как Синалар К (мазь) (флуоцинолон и клиохинол), и Флуцинар (мазь, гель) (флуоцинолон и клиохинол)
110	Ung. Celestoderm B 30,0 D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день тонким слоем	Активные вещества: бетаметазона валерат, гарамицин
111	Ung. Diprogent 15,0 D.S. Наносить на очаги 1-2 раза в день, слегка втирая	Активные вещества: бетаметазона дипропионат и гентамицина сульфат. Выпускается также в виде крема

112	Ung. Vipsogal 30,0 D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Содержит бетаметазона дипропионат, флуоцинолонацетонид, гентамицина сульфат, салициловую кислоту, пантенол. Псориаз, хроническая экзема и др.
113	Creporis Triderm 30,0 D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Активные вещества: бетаметазона дипропионат, гентамицин, клотримазол. Бактериальные экземы, дерматофитии
114	Ung. Diprosalic 30,0 D.S. Смазывать очаги поражения тонким слоем 2 раза в день	Кортикосалициловый препарат. Содержит: 0,05% бетаметазона дипропионата и 3% салициловой кислоты. Выпускается также в виде лосьона: содержит 0,05% бетаметазона дипропионата и 2% салициловой кислоты в водно-спиртовой форме
115	Ung. Travocort 30,0 D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день тонким слоем	Действующие вещества: изоконазолнитрат (противогрибковое средство) и дифлукортолон валерат (местный глюкокортикостероид). Применяют при воспалительных микозах
116	Aerosoli Dexocort № 1 D.S. Для орошения очагов поражения 1-2 раза в день	Содержит дексаметазон, неомицин
117	Creporis Sicorten plus 10,0 D.S. Наносить на очаги 2 раза в день тонким слоем	Содержит галометазон, триклозан. Триклозан оказывает противомикробное, антимикотическое, противокандидозное действие
118	Creporis Lotriderm 15,0 D.S. Смазывать кожу 2 раза в день тонким слоем	Содержит 0,5% бетаметазона дипропионата и 1% клотримазола

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

ПИОДЕРМИИ (гнойничковые болезни кожи)

П и о д е р м и и – большая группа дерматозов, вызываемых гноеродными кокками, преимущественно стафилококками и стрептококками. Возможна их ассоциация с другими микроорганизмами (вульгарный протей, синегнойная палочка, микоплазмы и др.). Возникают пиодермии как первичные заболевания кожи или как осложнения других дерматозов (зудящие и аллергические дерматозы) в результате микротравм, при попадании на кожу извне патогенных штаммов или активации микробной аутофлоры человека (табл. 23).

По данным ВОЗ, больные пиодермиями в развитых странах составляют 1/3 больных инфекционной патологией. Среди дерматозов пиодермии преобладают над другими кожными заболеваниями.

Пиококки весьма распространены во внешней среде (пыль, вода, предметы и др.). Высока обсемененность стафилококком кожи и складок у здоровых лиц (90-100%), ногтей со свободного края, носа, зева (выделяются преимущественно белый и золотистый стафилококки). Стрептококки обнаруживаются в складках кожи приблизительно у 12% здоровых людей (50% составляет гемолитический стрептококк). Из зева стрептококки высеваются у 100% обследованных здоровых лиц (зеленящий, гемолитический, негемолитический). Следует отметить, что, несмотря на высокую распространенность стафилококков и стрептококков на коже и слизистых человека, их патогенное действие проявляется при нарушении равновесия в системе макроорганизм – микроорганизм при повреждении целостности кожных покровов и снижении иммунобиологической сопротивляемости организма.

Таблица 23. Общая характеристика пиодермий

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Этиология	Стрептококки Стафилококки Их ассоциация с другими гноеродными бактериями, вирусами, микоплазмами
Факторы риска	Эндогенные: - функциональные нарушения ЦНС; - стресс; - сахарный диабет, другие эндокринопатии; - заболевания ЖКТ, гепатобилиарной системы; - хронические инфекции, интоксикации; - гиповитаминозы; - первичный и вторичный иммунодефицит; - длительный прием кортикостероидов, цитостатиков, иммунодепрессантов Экзогенные: - охлаждение; - гиперинсоляция; - травмы кожи; - загрязнения кожи; - сдвиг pH кожи в щелочную сторону; - зудящие дерматозы
Пути передачи	Воздушно-капельный. Механический перенос пиококков из очагов поражения. Через обсемененные предметы, белье
Классификация	Стрептодермии Стафилодермии Смешанные формы (стрептостафилодермии) Глубокая хроническая пиодермия
Патогенез	Нарушение целостности рогового слоя, ее липидной мантии; пиококки содержат тейхоевые кислоты, связывающие фибронектин клеток человека. Нарушение регулирующего влияния вегетативной нервной системы и эндокринных желез. Эндогенная интоксикация. Сенсибилизация бактериальными антигенами. Наследственный или приобретенный иммунодефицит. Снижение антибактериальной защиты кожи и организма. Активация микробной флоры (факторов их «агрессии и защиты») Пиококковые процессы: типичный острый, хронический, нетипичные проявления
Профилактика распространения пиодермии	При стрептококковом и вульгарном импетиго – изоляция и лечение больных детей до выздоровления. Не мыть водой пораженные участки кожи
	Кожу вокруг очагов протирать лосьонами, содержащими 1-3% салициловой и борной кислоты, резорцина, левомицетина, эритромицина. Избегать повязок и компрессов. Предупреждение микротравматизма на производстве и в быту (санитарно-технические мероприятия). Санитарно-гигиенические мероприятия (личная гигиена, чистое белье и спецодежда, уборка рабочих мест, вентиляция, индивидуальные пакеты и др.). Тщательное обследование беременных, медицинского и обслуживающего персонала на пиококковую инфекцию в родовспомогательных и детских учреждениях. Проведение мероприятий, повышающих общую сопротивляемость организма (закаливание, рациональное питание, уход за кожей, витаминизация, лечение сопутствующих заболеваний и очагов инфекции). Санитарно-просветительная работа

СТРЕПТОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИИ

Характеристика возбудителя. Стрептококки имеют шаровидную форму (диаметр 0,8-1 мкм), образуют цепочки различной длины, являются преимущественно факультативными анаэробами. По характеру роста на кровяном агаре подразделяют на гемолитические, зеленающие и негемолитические; по характеру гемолиза – на 4 типа: β , α , α_1 , γ ; на основании антигенных свойств выделяют 17 серологических групп. Наиболее частый возбудитель заболеваний человека – β -гемолитический стрептококк (51 серологический тип). Для его выделения используют бульоны – сахарный, кровяной,

сывороточный, асцитный. Стрептококки образуют эндо- и экзотоксины, ферменты. Экзотоксины (гемолизины, стрептолизины, лейкотоксин, некротоксины, фибринолизин, токсин летальности, эритрогенный) – обладают цитотоксическим, иммуносупрессивным, пиогенным действиями. Стрептококки вырабатывают дезоксирибонуклеазу, гиалуронидазу, стрептокиназу, растворяющие сгусток плазмы; амилазу, рибонуклеазу, протеиназу и другие ферменты, обеспечивающие питание, рост и размножение микроорганизмов.

Различные штаммы стрептококков высокочувствительны к пенициллину. Стрептококки, вызывающие пиодермию, относятся в основном к серологическим группам А и D.

Сведения о стрептодермиях рассматриваются в табл. 24.

Таблица 24. **Стрептодермии**

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов			
Общая характеристика стрептококковой пустулы	Нефолликулярная пустула (фликтена), распространяется по периферии, покрышка вялая, берется в складку. Безболезненная, наполнена серозно-желтоватым содержимым. Исход – преимущественно эрозия, красноватая пигментация (рис. 9)			
Разновидности по глубине поражения	Поверхностные			Глубокие
Возможные клинические формы	Импетиго (разновидности): импетиго Тильбери-Фокса, кольцевидное, буллезное, околоногтевое, щелевидное, интертригинозное, губ и слизистых оболочек			Экзима
Основные клинические формы импетиго	Импетиго Тильбери-Фокса	Заеда	Поверхностный панариций	-
Излюбленная локализация	Лицо (рис. 10)	Углы рта	Околоногтевой валик	Конечности
Клинические симптомы	Фликтена Корки	Фликтена Эрозия Корки Трещины	Фликтена Эрозия	Фликтена Язва Корки Рубец
Течение	Острое, склонное к распространению	Хроническое	Подострое	Хроническое
Субъективные ощущения	Небольшой зуд	Небольшая боль	Небольшая боль	Боль
Дифференциальный диагноз	Микоз гладкой кожи. Выявляются элементы грибов	Дрожжевая заеда. Выявляются дрожжевые грибы	Кандидоз ногтевых валиков. Анализ на дрожжевые грибы	Сифилитическая экзема. Безболезненность, положительная РПГА, ИФА
Лечение	Импетиго: спиртовые растворы анилиновых красок, 10% борно-дегтярная мазь, мази с антибиотиками, дермозолон, тридерм. Экзема: антибиотики, гамма-глобулин, аутогемотерапия, мази с антибиотиками, стимуляторами регенерации			

АТИПИЧНЫЕ ФОРМЫ СТРЕПТОДЕРМИЙ

В практической деятельности педиатры и дерматологи сталкиваются с «неклассическими» проявлениями стрептодермий, которые не укладываются в клинику приведенных выше форм (табл. 25). Нередко симптомы сухой формы стрептодермии, которые встречаются преимущественно у детей на открытых участках тела, воспринимаются как заболевание со стойкой потерей кожей пигмента меланина – витилиго.

При неправильном уходе за ребенком в области ягодиц и прилегающих участках могут развиваться папулоэрозивные элементы с начальными высыпаниями в виде красноватых пятен, без типичных фликтен (пеленочный дерматит).

Несоблюдение правил гигиенического ухода за детьми, наличие сопутствующих заболеваний (сахарный диабет и др.), ослабляющих защитные функции организма, могут вызвать стрептококковые поражения кожи в виде обширных диффузных эрозивных очагов с явлениями гиперемии и мокнутия, схожими с проявлениями микробной экземы (рис.11).

Таблица 25. Атипичные формы стрептодермий

Разновидности	Простой лишай (эритематозно-сквамозная стрептодермия)	Папулезное сифилоподобное импетиго (пеленочный дерматит)	Острая диффузная стрептодермия
Общая характеристика	Сухая форма стрептодермии, без образования типичных фликтен. Развивается преимущественно у детей в осенне-зимний период (функциональный гиповитаминоз, световое голодание, фокальная инфекция и др.)	Разновидность стафилококкового импетиго у детей до 1 года жизни. Развивается при нарушении правил гигиены и ухода за ребенком	Острое ограниченное поражение кожи диффузного характера, вызванное стрептококками, к которому предрасполагают потливость, мацерация, выделения из гениталий, диабет, плохой уход и др.
Излюбленная локализация	Лицо, верхние конечности, туловище	Кожа ягодиц, реже бедер, голей	У взрослых на конечностях вследствие травматизации кожи (раны, ожоги) – «паратравматическая форма»; у детей – в складках – стрептококковая опрелость (интертриго)
Клинические симптомы	Крупные пятна бледно-розового цвета, слегка шелушащиеся, с подчеркнутым фолликулярным аппаратом (как бы припудренные). После лечения остаются временные депигментированные пятна	Красноватые пятна до 1 см в диаметре с формирующимися на их поверхности воспалительными папулами, четко отграниченными от здоровой кожи (розового, красно-ватосинюшного оттенков). На поверхности папул возникают фликтены, которые эрозируются. Эрозии в диаметре меньше, чем папулы, кожа вокруг них воспалена и инфильтрирована	Высыпание сливающихся фликтен, образующих сплошные эрозивные участки с фестончатыми очертаниями и венчиком отслаивающегося эпидермиса, явлениями отека, гиперемии, диффузным мокнутием, серозными корками, возможно образование свежих кольцевидных фликтен по периферии очага. У ослабленных больных наблюдаются изъязвления с серозно-гнойным и геморрагическим отделяемым, ссыхающимся в корки, явления лимфангита и лимфаденита. Нередки аллергические сыпи на отдаленных участках тела
Дифференциальный диагноз	Витилиго: депигментированные пятна не шелушатся, имеют четкие границы	Сифилитические папулы: медно-красный цвет, четкие границы, плотность, безболезненность, отсутствие фликтен, перифокального воспаления; РПГА, ИФА, РИФ положительны; в эрозированных папулах обнаруживается бледная трепонема	Микробная экзема: четкие очаги, везикулы, выраженное мокнутие

Разновидности	Простой лишай (эритематозно-сквамозная стрептодермия)	Папулезное сифилоподобное импетиго (пеленочный дерматит)	Острая диффузная стрептодермия
Лечение	Мази с антибиотиками, комбинированные кортикостероиды, содержащие антибиотики (гиоксизон, дермозолон и т.п.), 3% желто-ртутная мазь с добавлением резорцина и салициловой кислоты (1%). При распространенных формах антибиотики внутрь (эритромицин), поливитамины, общее УФО. Рекомендуется ограничить углеводы, сладости	Здоровые участки кожи обрабатывают 1-2% спиртовым раствором салициловой или борной кислоты, пораженные – 0,25% раствором нитрата серебра, 1-2% раствором резорцина с последующими аппликациями мазей и паст, содержащих антибиотики, ксероформ, этакридина лактат, дерматол	Примочки с подсушивающими дезинфицирующими растворами (этакридина лактат 1:5000, 0,25% раствор нитрата серебра, 1-2% раствор резорцина). После стихания острых воспалительных явлений переходят на пасты (борно-цинко-нафталанная, Лассара), аэрозоли (оксикорт, дексакорт и др.), мази с антибиотиками (эритромициновая) и содержащие кортикостероиды (тридерм, лоринден С), мази и пасты с содержанием дегтя, серы, нафталана, АСД и другие. Непораженные складки у детей протирают 2% салициловым спиртом, припудривают тальком с содержанием 1% сульфата меди или 3-5 % борной кислоты. При явлениях лимфаденита, лимфангита – антибиотики, при наличии пиоаллергидов – гипосенсибилизирующая терапия

СТАФИЛОКОККОВЫЕ ПИОДЕРМИИ

Характеристика возбудителя. Стафилококки – клетки шаровидной формы. Имеют диаметр 0,5-1,5 мкм. Располагаются гроздьями. Спор не образуют. Хорошо окрашиваются и растут на плотных питательных средах. Стафилококки подразделяют на три вида: 1) золотистые стафилококки, вызывающие заболевания у человека; 2) эпидермальные стафилококки, принимающие участие в патологическом процессе у человека; 3) сапрофитные стафилококки. Патогенность стафилококков связана с их способностью образовывать коагулазу. Неконтролируемое применение антибиотиков способствует трансформации стафилококков в L-формы, которые утрачивают многие типичные свойства, но сохраняют способность вызывать атипичные и хронические формы стафилодермий, бациллоносительство, появление вариантов бактерий с высокой лекарственной устойчивостью. Например, белый стафилококк, не коагулирующий плазму – одна из форм изменчивости патогенных стафилококков. Эксфолиативный токсин, вырабатываемый стафилококками второй фагогруппы, может быть одной из причин пузырчатки новорожденных, буллезного импетиго, скарлатиноподобной сыпи, и возможно, ТЭН (синдрома Лайелла). ТЭН – токсический эпидермальный некролиз. Микоплазменностафилококковая ассоциация может иметь значение в формировании таких тяжелых форм, как гангренозная и язвенно-некротическая пиодермия. Тейхоевые кислоты стафилококков способствуют инвазии, стимулируют гиалуронидазу, ДНК-аза выполняет функции питания и защиты от чужеродной ДНК, коагулаза образует тромбы и фибриновые чехлы вокруг стафилококков, фибринолизин – лизирует фибрин, препятствуя проникновению фагоцитов в очаги инфекции.

Стафилококк вызывает гнойное воспаление кожи, поражая волосяные фолликулы, потовые апокриновые железы (у детей эккринные) на различной глубине (табл. 26, рис. 12, 13, 14).

Таблица 26. Стафилодермии

Перечень учебных элементов		Описание учебных элементов		
Общая характеристика стафилококковой пустулы		Фолликулярная пустула, болезненная, распространяется вглубь, с напряженной покрывкой. Наполнена зелено-желтым экссудатом. Исход – эрозия, пигментация (поверхностные формы), язва, рубец (глубокие формы)		
Разновидности по глубине поражения		Поверхностные Глубокие		
Поверхностные стафилодермии				
Клинические формы	Остиофолликулит	Фолликулит	Эпидемическая пузырчатка новорожденных	Сикоз
Излюбленная локализация	Лицо, волосистая часть головы	Лицо, волосистая часть головы	Туловище	Лицо (область бороды, усов)
Клинические симптомы	Узелок с пустулой в устье волосяного фолликула, пронизанной волосом	Острое гнойное воспаление волосяного фолликула и частично перифолликулярной ткани	Пузыри с прозрачным, затем мутным содержимым	Слившиеся фолликулиты
Общие явления	Отсутствуют		Лихорадка	Иногда лихорадка
Субъективные ощущения	Болезненность		Болезненность	Небольшая болезненность
Течение	Острое		Острое	Хроническое
Дифференциальный диагноз	Стрептококковое и вульгарное импетиго (фликтена неправильных очертаний, корки, склонность к распространению, легкий зуд)		Сифилитическая пузырчатка (подош-вы стоп ладони, вен-чик гиперемии, обнаруживается бледная трепонема (РПГА, ИФА, положительные)	Паразитарный сикоз (положительный анализ на грибы, острое течение)
Местная терапия	Остиофолликулит, фолликулит: обтирание здоровой кожи вокруг очагов 1-2% салициловым спиртом, на очаги – спиртовые растворы анилиновых красок, пасты, содержащие антисептики, антибиотики. Эпидемическая пузырчатка новорожденных: очаги поражения смазывают водными раство-рами анилиновых красок, наносят мази с антибиотиками. Сикоз: участки поражения обрабатывают спиртовыми растворами анилиновых красок и антибиотиков, применяют мази с антибиотиками			
Общая терапия	Проводится при множественных глубоких фолликулитах (см. «лечение сикоза»). При сикозе назначают антибиотики, стафилоанатоксин, аутогемотерапию, половые гормоны, УФО крови. При эпидемической пузырчатке новорожденных применяют антибиотики, антистафилококковый иммуноглобулин, антистафилококковую плазму			
Глубокие стафилодермии				
Клинические формы	Фурункул (1) Карбункул (2)	Фурункулез	Гидраденит	
Излюбленная локализация			Аксиллярная область	
Клинические симптомы	Островоспалительный узел с некрозом (1) Островоспалительный узел с несколькими очагами некроза (2)	Один или несколько фурункулов, рецидивирующих	Островоспалительный узел вокруг апокриновой потовой железы с абцессом без некроза	
Общие явления	Иногда температура (1) Интоксикация, лихорадка (2)	Иногда температура	Иногда температура	
Субъективные ощущения	Боль (1) Резкая боль (2)	Боль	Боль	

Течение	Острое	Хроническое	Острое
Дифференциальный диагноз	Инфильтративно-нагноительная трихофития (анализ на грибы положительный) Рожистое воспаление (1), (2)	Хрониосепсис (посев крови на стерильность)	Фурункул (инфильтрат, узел с некрозом и стержнем, язва, рубец)
Местная терапия	УВЧ, ультразвук, УФО, чистый ихтиол	Чистый ихтиол, линимент по Вишневскому	Салициловый спирт, чистый ихтиол, разрез при флюктуации, УВЧ, ультразвук, УФО
Общая терапия	Антибиотики, постельный режим при локализации на лице, волосистой части головы, шее. Хирургическое вмешательство	Витамины, антибиотики, стафилоанатоксин, антистафилококковый иммуноглобулин, аутогемотерапия, общее УФО, УФО крови	Антибиотики – при интоксикации, стафилоанатоксин, аутогемотерапия

СТАФИЛОДЕРМИИ У НОВОРОЖДЕННЫХ *

У новорожденных детей до 1 года нередко возникают стафилококковые поражения кожи нефолликулярного характера. Наиболее часто проявляются образованием пустул в области устьев потовых желез. У ослабленных детей и при несвоевременном лечении процесс распространяется вглубь с образованием множественных абсцессов (псевдофурункулез), флегмон, развитием септического состояния с неблагоприятным исходом. В некоторых случаях наблюдается обширная эксфолиативная реакция эпидермиса с тяжелым токсикосептическим синдромом (эксфолиативный дерматит Риттера), которую по тяжести развития и течения сравнивают с синдромом стафилококковой обожженной кожи (staphylococcal scalded skin syndrome – "SSSS") (табл. 27).

Таблица 27. Стафилодермии у новорожденных

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Разновидности стафилодермий	Везикулопустулез (перипорит)	Псевдофурункулез Фингера (множественные абсцессы у детей)	Эксфолиативный дерматит Риттера
Общая характеристика	Гнойное воспаление устьев эккринных потовых желез преимущественно у новорожденных детей находящихся на искусственном вскармливании	Гнойное расплавление эккринных потовых желез. Развивается у ослабленных, недоношенных, находящихся на искусственном вскармливании и недостаточно ухоженных детей с повышенным потоотделением	Тяжелая форма эпидемической пузырчатки новорожденных. Характеризуется тяжелым течением. Различают 3 стадии болезни: эритематозную, эксфолиативную и регенеративную
Излюбленная локализация	На волосистой части головы, в складках кожи	На волосистой части головы, задней поверхности туловища, ягодицах, бедрах	Начало в области пупка и рта с распространением на другие участки кожи
Клинические симптомы	Пустулы с булавочную головку и венчиком гиперемии с плотной покрывкой, нередко сгруппированные и быстро распространяющиеся. У ослабленных детей процесс может прогрессировать вглубь с образованием абсцессов, флегмон, лимфаденита, развитием септического состояния, анемии, отита, бронхопневмонии, пиелонефрита (плохой уход, несвоевременно начатое лечение). Длительность заболевания при благоприятном исходе 7-14 дней	Пораженные потовые железы вначале пальпируются в виде твердых узлов величиной до вишневой косточки синюшно-багрового цвета, которые затем размягчаются, вскрываются с выделением сливкообразного гноя, без наличия некротического стержня, последующим образованием свищевых ходов и язв, которые при рациональном лечении и уходе рубцуются, инфильтраты рассасываются. При ухудшении состояния ребенка появляются новые воспалительные узлы, абсцессы, могут развиваться флегмоны, менингит, перитонит, сепсис, увеличение печени, селезенки, гипотрофия. Прогноз в этих случаях неблагоприятен	Пузыри с дряблой покрывкой, которые быстро вскрываются и образуют эрозии с отслаивающимся по периферии эпидермисом (симптом Никольского положительный). В течение нескольких дней поражается весь кожный покров с клинической картиной обваренной кожи. Отмечается высокая температура, потеря веса, понос, присоединяются осложнения (пневмония, отиты, гнойный конъюнктивит, сепсис). В крови лейкоцитоз, повышение СОЭ, анемия, диспротеинемия. Прогноз весьма серьезен

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Дифференциальный диагноз	Буллезное импетиго	Везикулопустулез Фурункулез	ТЭН (Синдром Лайелла) Синдром стафилококковой обожженной кожи Сифилитическая пузырчатка
Лечение	Очаги обрабатывают антисептическими и бактерицидными средствами (0,25-1% раствор нитрата серебра, 2% раствор бриллиантового зеленого), мази с антибиотиками (эритромициновая, гелиомициновая, линкомициновая и др.). При тяжелом течении лечение проводят как при псевдофурункулезе	Обтирают кожу дезинфицирующими спиртовыми растворами. Вскрывают абсцессы и смазывают их растворами анилиновых красителей, мазями (левомеколь, левосин), пастой с оксидом цинка и ксероформом (5-10% ксероформа). На абсцессы назначается УФЧ, повязки с 10% раствором хлорида натрия, общее УФО (10-15 сеансов). Общеукрепляющие средства. При общетоксических явлениях антибиотикотерапия, переливание нативной и антистафилококковой плазмы, гемодеза, альбумина, полиглобулина, полиглобулина, 20% раствора глюкозы; антистафилококковый иммуноглобулин. Гемотерапия материнской (донорской) кровью, ферроплекс, гемостимулирующие средства, фитоферролактон, витамины С, В ₆ , пантотенат кальция, А, Е	Парентерально вводятся антибиотики с предварительным определением чувствительности (цефалоспорины, фузидин-натрий), показано внутривенное вливание антистафилококковой плазмы, альбумина, внутримышечное антистафилококкового иммуноглобулина, тималина. Ежедневные ванны с калия перманганатом 1:10 000 и смена белья. Вскрытие пузырей, обработка здоровой кожи фукорцином, салициловым спиртом, прокипяченным растительным маслом. На очаги – пасты и мази с антибиотиками, цинковое масло, нафталановый линимент, аэрозоли с антибиотиками. Общее УФО. Необходима изоляция детей в боксы и тщательный уход за ними. Обследование матерей и медперсонала на носительство патогенных стафилококков. Кварцевание палат, боксов. Дезобработка отделений, карантинные мероприятия

* Эпидемическая пузырчатка новорожденных рассмотрена в табл. 26

СТРЕПТОСТАФИЛОДЕРМИИ (смешанные пиодермии)

В ряде случаев течение стрептококковых фликтен осложняется присоединением стафилококковой инфекции. Элементы принимают гнойный характер, склонны к быстрому распространению по кожному покрову (вульгарное импетиго), покрываются гнойно-геморрагическими корками, изъязвляются (вульгарная эктима), протекают в виде диффузных эрозированных, инфильтрированных очагов (хроническая стрептостафилодермия) (табл. 28).

Таблица 28. Стрептостафилодермии

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Разновидности стрепто-стафилодермии	Стрептостафилококковое импетиго (вульгарное импетиго)	Вульгарная эктима	Хроническая диффузная стрептодермия (хроническая диффузная пиодермия; пиокок-коный эпидермодермит; эксфолиативная стрептодермия)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Общая характеристика	Часто встречающаяся контактно-гнозная форма импетиго, может носить характер эпидемической вспышки в детском коллективе. У взрослых встречается как осложнение при чесотке, вшивости, зудящих дерматозах	Ограниченное язвенное поражение кожи стрептостафилококковой этиологии, возникающее у лиц со сниженной реактивностью (хронические болезни, авитаминозы, алкоголизм и др.)	Может развиваться из очага затянувшейся диффузной стрептодермии или вялотекущего вульгарного импетиго (несколько месяцев)
Излюбленная локализация	Кожа лица, верхних конечностей, туловища	Конечности	Голени, стопы у лиц с гипостатическим синдромом (варикоз, тромбофлебит, перенесенные травмы и др.)
Клинические симптомы	На фоне гиперемии появляется фликтена с серозным содержанием, которое в течение нескольких часов принимает гнойный характер. Основание пустулы становится инфильтрированным, окружено венчиком эритемы. Покрышка пустулы вскрывается, образуется эрозия, отделяемое которой ссыхается в сочные медовые корки, нередко с наличием кровотока в трещинах. В течение недели корки отторгаются, обнажая эритематозные пятна, слегка шелушащиеся и постепенно исчезающие. Элементы импетиго склонны к периферическому росту, слиянию и могут принимать характер сплошных очагов	На месте фолликулярной пустулы или инфильтрированной фликтены возникает пузырь с гнойно-геморрагическим содержанием, после вскрытия которого образуется язва округлой формы с валикообразными краями, кровоточащим дном, покрытым гнойно-слизистым некротическим налетом, ссыхающимся в корку. На месте отторгнутой корки выявляется язвенный дефект без признаков регенерации, который вновь заполняется коркой в результате образования некротических масс с примесью крови. Процесс может протекать вяло длительный период. При благоприятном исходе язва выполняется грануляциями и заживает рубцом	В очагах развивается выраженная инфильтрация кожи с синюшным оттенком, эрозированными участками, мокнутием и слоистыми желтовато-серыми корками. Контур очага неправильный (фестончатый) очертаний с наличием венчика отслаивающегося эпидермиса. Очаги могут лихенифицироваться с наличием шелушения и напоминать картину бляшечного псориаза

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Дифференциальный диагноз	Многоформная экссудативная эритема. Вульгарный сикоз. Истинная пузырчатка	Фурункул. Сифилитическая эктима. Скрофулодерма. Чесоточной эктима. Язвы при лейшманиозе	Микробная экзема: везикулы и мокнутие в виде капелек росы
Лечение	При обильной экссудации, гнойных корках проводят промывание элементов раствором калия перманганата 1:5000, накладывают примочки с дезрас-творами (этакридина лактатом, резорцином, танином). После отторжения корок и подсыхания эрозий – линименты или масляные взвеси, мази, содержащие антибактериальные и противовоспалительные средства	При вялом заживлении эктим их тушируют 1% раствором серебра нитрата, 2% раствором протар-гола, применяют мази «СП», Микулича, солкосерил, ируксол, этоний, мадекассол. Проводят общепринятый туалет язвы. При множественных эктимах назначаются антибиотики, биостимулирующая терапия, витаминотерапия	Местная терапия не отличается от мероприятий, применяемых при микробной экземе. Проводится витаминотерапия (В1, В6, А, Е, С), назначаются антигистаминные средства, биостимуляторы, аутогемотерапия, иммуноглобулин, алоэ, торфот. Местное и общее УФО, лазеротерапия, УФОК, лучи Букки в упорных случаях

ХРОНИЧЕСКАЯ ГЛУБОКАЯ ПИОДЕРМИЯ

Клиническая картина хронических форм глубокой пиодермии многообразна. Этиологическая роль пиококков и их ассоциации с другими гноеродными возбудителями (протей, синегнойная палочка и др.), микоплазмами, вирусами в возникновении этих форм пиодермии недостаточно выяснена. Приведенные ниже разновидности клинических форм хронической глубокой пиодермии (табл. 29) встречаются редко, однако для них характерно упорное длительное течение, резистентность к терапии в связи с изменчивостью биологических свойств пиококков и их устойчивостью к антибиотикам, неясностью патогенетических иммуноаллергических нарушений в организме больных.

Таблица 29. Разновидности хронической глубокой пиодермии и их клиническая характеристика

Клинические формы и возможный этиологический фактор	Особенности клинической картины	Дифференциальный диагноз
Хроническая глубокая язвенно-вегетирующая пиодермия. Из очагов получают рост стафило-кокка, стрептококка, реже протей, кишечной, синегнойной палочки и др.	На местах различных пустул появляются серпигинирующие изъязвленные бляшки синюшно-красного цвета мягкой консистенции, резко отграниченные от прилегающей к очагу здоровой кожи венчиком гиперемии, выступающим над их поверхностью, с не-правильными округлыми (овальными) очертаниями, наличием веррукозных корковых наслоений, язв, вегетаций, узлов, свищевых ходов, из которых при надавливании выделяется гнойно-кровянистая жидкость. Локализация: волосистая часть головы, подмышечные, паховые области, лобок, голени. Течение – месяцы, иногда годы. Болеют чаще лица 40-60 лет	Скрофулодерма. Бородавчатый туберкулез кожи. Глубокие микозы

Клинические формы и возможный этиологический фактор	Особенности клинической картины	Дифференциальный диагноз
Пиогенная гранулема (ботриомикрома). В воз-никновении признается ассоциация стафилококка и вирусной инфекции; по клиническим проявлениям относят к гемангиомам	Появление пиогенной гранулемы связывают с травматизацией кожи области лица, красной каймы губ, кистей, стоп, слизистых оболочек. На коже возникает образование полушаровидной формы темно-красного цвета, умеренно болезненное, мягкой консистенции с множеством поверхностно расположенных сосудов, дольчатой (сосочковой) поверхностью, легко кровоточащей, без тенденции к самостоятельному разрешению в течение длительного времени	Вегетирующая пиодермия. Йододерма. Злокачественные опухоли. Фрамбезиоформные сифилитические папулы
Шанкриформная пиодермия. Этиология – стафилострептококковая ассоциация	Встречается у лиц различного возраста и пола в области гениталий или экстрагенитально. Элементы чаще единичные, в области вскрывшегося пузырька образуется безболезненная эрозия или язва до лесного ореха в диаметре, правильных очертаний, с приподнятыми краями, уплотненным основанием и геморрагической коркой. При снятии корки обнажается ровное дно красноватого цвета, покрытое скудным гнойным отделяемым. Регионарные лим-фатические узлы увеличены, плотные, подвижные, безболезненные	Твердый шанкр. Чесоточные папуло-язвенные элементы в области полового члена и мошонки. Плоскоклеточный рак
Гангренозная пиодермия (язвенный дерматит). Выявляются признаки аллергического васкулита с сенсibiliзи-рующей ролью различных микроорганизмов. Сочетается с системными заболеваниями (язвенный колит, лейкоз и др.)	Обширные язвенные поверхности с неровными подрывными краями и нависающими обрывками эпидермиса, приподнятыми валикообразными краями и периферической зоной гиперемии. Дно покрыто сочными кровоточащими грануляциями и гнойно-кровянистым отделяемым с неприятным гнилостным запахом. Язвы имеют тенденцию к периферическому росту и рубцеванию. Очаги чаще располагаются на нижних конечностях, могут быть на туловище, верхних конечностях, лице. Заболевание рецидивирует, прогноз зависит от эффективности лечения системного заболевания	Глубокие микозы. Скрофулодерма. Гуммозный сифилид. Хроническая язвенно-вегетирующая пиодермия
Вегетирующая пиодермия Алопо (стафилококковый пустулез с вегетацией)	На месте вскрывшихся пустул развиваются бородавчатые вегетации с гнойным отделяемым и корками. Очаги имеют тенденцию к слиянию и образованию крупных очерченных бляшек с эритематозным венчиком. Локализация: волосистая часть головы, лоб, губы, подмышечные впадины, гениталии, слизистая щек и носа. Прогноз благоприятен при рациональном лечении	Вегетирующая пузырьчатка. Глубокие микозы. Бородавчатый туберкулез кожи. Вторичные сифилиды
Акнекелоид (сосочковый дерматит головы). Вероятна стафилококковая (грибковая) природа заболевания	Болеют мужчины. Поражается кожа затылка и задняя поверхность шеи. Мелкие, плотные, болезненные узелки сливаются и образуют плотные бляшки бледно-розового цвета с наличием борозд и сосочковых разрастаний. Волосы по периферии бляшек имеют вид пучков, удаляемых с трудом. Течение длительное, заканчивается склерозированием очагов (склерозирующий фолликулит затылка)	Глубокие микозы. Туберкулез кожи
Акне фульминанс (молниеносная угревая сыпь; акне конглобата и септицемия) Этиология неясна	Встречается преимущественно у мужчин 16-20 лет. Начинается с внезапного появления на спине, груди, плечах и шее (лицо не вовлекается) множественных болезненных изъязвленных узелков с гнойным и геморрагическим отделяемым и разбросанных пустул на эри-тематозном фоне без комедонов, с образованием рубцов, нередко келоидных. Выражены суставной синдром (боли в коленных и плечевых суставах), лейкоцитоз, ускоренная СОЭ, боли в животе, возможна рвота	Фурункулез. Акне конглобата

Клинические формы и возможный этиологический фактор	Особенности клинической картины	Дифференциальный диагноз
Рубцующийся (декаль-вирующий) фолликулит. В материале из очагов обнаруживается стафилококк. Заболевание развивается на фоне снижения защитных сил организма	Гнойное воспаление волосяных фолликулов вызывающее стойкую рубцовую алопецию (очаги до 2-3 см в диаметре неправильных очертаний), в височных и теменной областях, редко в подмышечных впадинах и в области лобка. Характеризуется длительным, вялым течением. Встречается у мужчин, юношей, детей	Эритематоз. Склеродермия. Псевдопеллада Брока
Пустулезный и атрофический дерматит (фолликулит) голеней (сикоз голеней). Выделяется золотистый, реже белый стафилококк. Пато-генетическую роль играет микротравматизм	У лиц обоего пола (14-32 лет) на голенях появляются множественные сикозиформные фолликулярные пустулы, узелки с воспалительным венчиком, которые в течение нескольких дней вскрываются и покрываются корками, имеют тенденцию к слиянию. В течение месяца на местах элементов формируются атрофические рубцы. Прогноз благоприятный, однако, возможно развитие элифантиаза нижних конечностей	Декальвирующий фолликулит. Папуло-некротический туберкулез кожи. Язвенно-некротический васкулит
Абсцедирующий и подрывающий фолликулит и перифолликулит Гофмана. Высеваются грамположительные стафилококки	В теменной и затылочной областях образуются мягкие флюктуирующие припухлости, тяжи-валики, имеющие тенденцию к слиянию и образованию глубоких подрывающих карманов, ходов. Кожа над очагами истончена, напряжена, лишена волос, с наличием изъязвлений, фистулезных ходов, из которых при надавливании выделяется гной. Течение заболевания длительное, заканчивается выздоровлением	Колликативный и бородавчатый туберкулез кожи. Третичные сифилиды. Глубокие микозы. Фурункулез
Бластомикозоподобная пиодермия. В посевах из очагов выделяется золотистый стафилококк, гемолитический стрептококк	Заболевание начинается с появления на конечностях пузырьков, пустул, папул, узлов, которые сливаются и образуют язвы синюшно-красного цвета с подрывными инфильтрованными краями и сосочковыми разрастаниями на дне. По периферии язв наблюдаются изолированные пустулы, абсцессы, напоминающие поражения при бластомикозе. Гистологически выражены псевдоэпителиоматозные разрастания	Разновидности бластомикоза (североамериканский, европейский). Хромобластомикоз. Кокцидиомикоз. Плоскоклеточная карцинома
Пиодермия лица. Связывают с пиококковой инфекцией. Чаще обнаруживается золотистый стафилококк	Встречается у молодых женщин (20-35 лет) и напоминает акне конглобата без комедонов. Локализуется в области лица. Характерны резкие границы очагов. Отличается быстрым началом и прогрессированием. Течение заболевания – до года, сопровождается ипохондрическим состоянием	Острая пиодермия. Вульгарные и розовые угри
Пиодермия, подобная колликативному туберкулезу. Обнаруживаются стафилококки	На щеках, реже на шее образуются узлы фиолетового цвета, спаянные с кожей, которые размягчаются, вскрываются, образуя мешковидные полости, быстро разрешающиеся (1-2 недели) с образованием рубчика	Скрофулодерма (медленное течение). Глубокие микозы. Актиномикоз
Вегетирующий пиостоматит. Предполагается пиококковая этиология	Пустулез слизистой оболочки рта с образованием множественных язв и вегетаций с папилломатозом. Возможны желудочно-кишечные расстройства	Многочисленная экссудативная эритема. Лекарственная токсидермия. Вегетирующая пузырьчатка. Туберкулез. Бластомикоз

Клинические формы и возможный этиологический фактор	Особенности клинической картины	Дифференциальный диагноз
Гангрена полового члена и мошонки Фурнье. Заболевание вероятно связано с аллергизирующим воздействием золотистого стафилококка, стрептококков, протей (реже) и развитием ишемии	Заболевание начинается внезапно с повышения температуры до 38-39°C, отека полового члена и мошонки, лихорадки. Через 1-2 недели развивается некроз тканей мошонки и полового члена с их последующей деструкцией в течение 2-3 недель. Яички в процесс не вовлекаются. При своевременно начатом лечении очаги некроза регрессируют. У женщин возможно поражение малых половых губ, области клитора, промежности, лобка, бедер	Твердый шанкр с явлениями некроза и фрегадензации
Лечение	Проводится антибиотикотерапия (см. табл. 30) с учетом чувствительности длительностью от 2-3 недель до 1-1,5 месяцев (в зависимости от терапевтического индекса антибиотика). Показана специфическая иммунотерапия (стафилококковый иммуноглобулин, плазма, анатоксин). Иммуномодуляторы. Биостимуляторы Витаминотерапия. При хронических вегетирующих формах пиодермии рекомендуются цитостатики: - проспидин внутримышечно 50 мг (1-2 инъекции), затем по 100 мг, на курс 1,5-2 г, или - циклофосфан (циклофосфамид) – внутримышечно, ежедневно по 100 мг, на курс 1-1,5 г. Кортикостероиды: 20-40 мг в сутки (в перерасчете на преднизолон) 3-6 недель. Хирургическое удаление и кюретаж участков поражения, их рассечение. Электрокоагуляция свищевых ходов. Прижигающие средства. Дезинфицирующие мази, пластыри. Обработка окружающей здоровой кожи дезинфицирующими растворами, лосьонами	

Таблица 30. Схемы применения некоторых антибиотиков при пиодермиях

Препарат	Схема применения
Оксациллин (антистафилококковый пенициллин)	детям: 50-100 мг/кг/сут разделить на 4 приема внутрь, – 7-10 дней. взрослым: 0,5 г 4 раза в сутки за 1-1,5 ч до еды в течение 7-10 дней, при тяжелых формах – 2-3 недели
Доксициклин (попусинтетический тетрациклин)	взрослым: внутрь и внутривенно по 0,1 г 2 раза в день (медленно, капельно, не менее чем за 1 ч). детям старше 3 лет: внутрь в первый день 4,4 мг/кг в один прием, со 2-го дня – 2,2 мг/кг
Цефазолин (цефалоспорин I поколения)	детям: 50-100 мг/кг/сут, 2-3 внутримышечных введения; взрослым: внутримышечно, внутривенно по 1-2 г каждые 8-12 ч
Цефалексин (цефалоспорин I поколения)	взрослым: внутрь по 0,5 г 4 раза в сутки за 1-1,5 ч до еды детям: 30-40 мг/кг/сут в 2-3 приема за 1-1,5 ч до еды
Цефуроксим (цефалоспорин II поколения)	взрослым: 50-100 мг/кг/сут, разделить на 3 приема внутрь

Препарат	Схема применения
Цефтазидим (цефалоспорины III поколения)	Внутривенно или внутримышечно взрослым: 3-6 г/сут в 2-3 введения детям: 30-100 мг/кг/сут в 2-3 введения
Цефотаксим (цефалоспорины III поколения)	Взрослым: 50-100 мг/кг/сут внутривенно, 3 введения
Ванкомицин (гликопептид)	Детям: внутривенно капельно 10 мг/кг каждые 6 ч внутрь 40 мг/кг/сут в 3-4 приема. Взрослым: внутривенно капельно (!) 2 г/сут: по 1,0 каждые 12 ч или по 0,5 каждые 6 ч на 100-200 мл 5% глюкозы или физиологического раствора. Каждое введение не менее 1 ч (!). внутрь 0,5-2 г в сутки в 3-4 приема
Эритромицин (макролид)	Взрослым: внутрь по 0,25-0,5 г 4 раза в сутки за 1-1,5 ч до еды; внутривенно капельно по 0,5-1 г 4 раза в день в течение 7-14 дней. Детям: 30-40 мг/кг/сут внутрь в 4 приема
Азитромицин (азалид) Сумамед	Взрослым: внутрь 1 раз в день по 0,5 г в течение 3 дней или в 1-й день 0,5 г, затем в течение 4 дней по 0,25 г 1 раз в день. Принимать за 1 ч до еды. Детям старше 1 года: по 10 мг/кг 1 раз в день в течение 3 дней или в 1-й день 10 мг/кг, в последующие 4 дня по 5 мг/кг 1 раз в день
Кларитромицин (макролид)	Взрослым: 250 мг 2 раза в день ежедневно в течение 7-14 дней внутрь
Ампициллин + сульбактам (Комбинированный антибиотик)	50 мг/кг/сут, парентерально (2 введения); 150 мг/кг/сут, (3-4 введения)
Амоксициллин-клавуланат (комбинированный антибиотик)	Взрослым: внутрь по 0,25-0,75 г каждые 8 ч, парентерально по 1,2 г 3-4 раза в сутки. Детям: 3 мес.-12 лет: 30-40 мг/кг/сут, разделить на 3 приема внутрь или 3 введения парентерально; старше 12 лет – доза как у взрослых
Уназин (сультамициллин) (комбинированный антибиотик)	Детям: 25 мг/кг/сут в течение 8-10 дней. Взрослым: 750 мг/сут в течение 10 дней
Сульфаметоксазол + триметоприм (сульфаниламид)	5-6 мг/кг/сут
Нетромицин (нетилмицина сульфат) (аминогликозид)	Взрослым: внутримышечно 4-6 мг/кг/сут тремя равными порциями через 8 ч или двумя равными порциями через 12 ч; внутривенно 4-6 мг/кг/сут, предварительно растворив в 50-200 мл стерильного физиологического раствора, на протяжении 7-12 дней. Детям: 6,0-7,5 мг/кг/сут (по 2 мг/кг через 8 часов)
Амикацин (аминогликозид)	внутривенно или внутримышечно 15 мг/кг/сут в 3 введения; 3-7 дней при внутривенном введении, при внутримышечном 7-10 дней (взрослым)
Зиннат (цефуросимаксетил) (цефалоспорины II поколения)	Взрослым: 250 мг 2 раза в сутки внутрь. Детям: 125 мг 2 раза в сутки после еды в течение 7-14 дней
Тиенам (имипенем, циластатин натрия) (карбапенем)	Взрослым: внутривенно 1-2 г/сут за 3-4 введения длительностью 20-60 мин на буферном растворе гидрокарбоната натрия (5% глюкозе или изотоническом растворе хлорида натрия); внутримышечно 1,5 г/сут, предварительно растворив в 2 мл физиологического раствора с лидокаином; курс 7-14 дней. Меропенем: 50 мг в/в каждые 8 часов в сутки Детям весом меньше 40 кг: 12-15 мг/кг/сут, 3-4 введения медленно капельно

Назначение антибиотиков проводят с учетом показаний, определения чувствительности к ним выделенных микроорганизмов, спектра действия препарата в зависимости от формы пиодермии. При резистентности к антибиотикотерапии предпочтительно назначение комбинированных препаратов и антибиотиков с широким спектром воздействия на полимикробную флору (нетромицин, амикацин, тиенам и др.).

Показания: фурункулы в области лица, фурункулез, сикоз, гидраденит с интоксикацией, эпидемическая пузырчатка новорожденных, псевдофурункулез, распространенное импетиго и эктимы, диффузная острая и хроническая стрептодермия (стрептостафилодермия), глубокие формы хронической язвенной пиодермии.

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПИОДЕРМИЙ

К этой группе относят спиртовые растворы анилиновых красителей (пиоктанин, метиленовый синий, бриллиантовый зеленый) и йода; жидкости, содержащие фуксин, фенол, борную и салициловую кислоты, резорцин, дихлорид ртути, жидкость Каstellани, фукурцин, жидкость Вильчинского; детергенты (зеленое мыло, мыльный спирт); линименты, пасты с содержанием дегтя, ксероформа, этакридина лактата, нафталана, борной и салициловой кислот; мази, аэрозоли, в состав которых входят антибиотики (неомицин, гентамицин, эритромицин и др.), антисептические средства (триклозан, дерматол, ксероформ и др.) (табл. 31).

Для стимуляции заживления вялых, плохо регенерирующих язв применяют мази, содержащие водорода пероксид (мазь "СП"), нитрат серебра и винилин (мазь Микулича), фермент клотридилпептидазу (мазь ируксол), 5-10% растворы азотнокислого серебра, полиметиленаметакрезолсульфоновую кислоту (ваготил).

Действие. Антибактериальное, дезинфицирующее, подсушивающее, противовоспалительное, эпителизирующее, ускоряющее заживление язв.

Показания. Первичные инфекции кожи (стрептостафилодермии).

Необходимо с осторожностью применять при явлениях импетигнизации и экзематизации в связи с возможным аллергическим действием.

Методика применения. Приведена в сигнатуре к рецептам (см. табл. 31).

Таблица 31. Рецепты наружных средств для лечения пиодермитов

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
119	Sol. Ploctanini spirituosae 1% 50,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Спиртовой раствор анилинового красителя
120	Sol. Methyleni coerulei 1% 10,0 D.S. Смазывать элементы сыпи 1-2 раза в день	Водный раствор метиленового синего
121	Sol. Viridis nitentis spirit. 1% 10,0 D.S. Смазывать элементы сыпи 1-2 раза в день	Спиртовой раствор бриллиантового зеленого
122	Iodi puri 5,0 Sp. aethylici 96% ad 100 ml M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	5% спиртовой раствор йода
123	Saponis viridis 100,0 D.S. Для мытья волосистой части головы	Калийное мыло. Дезинфицирующее, противосеборейное средство. Входит в состав мази Вилькинсона
124	Spiritus saponatus 100,0 D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Спирт мыльный. Содержит: едкий калий плавленный, воду, масло подсолнечное
125	Spiritus saponatus compositus 100,0 D.S. Обработать участки поражения 2 раза в день	Спирт мыльный сложный. Содержит: мыло жидкое, спирт этиловый, масло лавандовое, воду дистиллированную
126	Liquoris Castellani 50,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день	Жидкость Каstellани. Обладает также хорошими противозудными свойствами. В состав входят: фуксин основной спиртовой концентрированный, фенол, борная кислота, ацетон, резорцин
127	Fucorcini 25,0 D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	В состав входят: борная кислота, фенол чистый, резорцин, ацетон, фуксин основной, спирт этиловый, вода дистиллированная

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
128	Hydrargyri dichloridi 0,1 (!) Ac. salicylici 1,0 Laevomycetini 1,5 Sp. aethylici 96% 50 ml M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	Пропись Вильчинского
129	Picis Liquidae Xeroformii <u>aa</u> 3,0 Ol. Ricini ad 100,0 M.D.S. Накладывать на очаг в виде мажевой повязки 1 раз в день	Линимент бальзамический по А.В.Вишневному
130	Ol. Ricini 20,0 Xeroformii 1,2 Vinylini 1,0 M. f. Linimentum M. f. linimentum	Линимент для заживления язвенных и раневых поверхностей
131	Linim. Streptocidi 5 % 30,0 D.S. Для повязок на раны	Обладает эпителизирующими свойствами
132	Ac. Borici Naphthalani <u>aa</u> 0,5 Aethacridini lactatis 1,5 Pastae Zinci 15,0 M.D.S. Наносить на очаги 2 раза в день	Риванолевая паста. Применяют на очаги стрептококкового или вульгарного импетиго преимущественно у детей
133	Aerosoli Neogelasol 60,0 D.S. Для орошения участков поражения	Применяют при пиодермиях, трофических язвах. Активные вещества: неомицин, гелиомицин, метилурацил
134	Ung. Xeroformii 5% 100,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	5 % ксероформная мазь. Активные вещества: трибромфенолят висмута основной с окисью висмута. Обладает также дезодорирующими свойствами
135	Ung. Neomycini sulfatis 2% 15,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Неомицин – аминогликозидный антибиотик, продуцируемый лучистыми грибами
136	Ung. Erythromycini 1% 10,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Активное вещество: антибиотик макролид эритромицин
137	Ung. Heliomycini 4% 25,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Антибиотик, продуцируемый Actinomyces heliomycini. Не обладает аллергогенностью. Можно добавлять в кортикостероидные кремы при диатезе, детских экземах с явлениями импетигнизации
138	Ung. Dermatoli 5 % 50,0 D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день	5 % дерматоловая мазь. Обладает также эпителизирующими свойствами. Активное вещество: висмута галлат основной
139	Ung. Garamycin 15,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Содержит 0,1% гентамицина сульфата. Выпускается также в виде крема
140	Streptocidi 1,5 Sulfadimesini 1,0 Perhydroli 0,2 Lanolini Vaselini <u>aa</u> 23,0 M.D.S. Смазать язвы 1 раз в день	Мазь «СП». Применяют при эктимах, язвенной пиодермии
141	Argentii nitratis 0,1 Balsami Schostakovsky 1,0 Vaselini 10,0 M.D.S. Смазывать язвы 1 раз в день	Мазь Микулича. Применяют для стимуляции заживления эрозивно-язвенных элементов

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
142	Sol. Argenti nitratis 10% 10,0 Da in vitro nigro! D.S. Для прижигания грануляций	Прижигание язв можно начать с 5 % концентрации ляписа
143	Ung. Irucooli 30,0 D.S. Смазывать язвы 2 раза в день тонким слоем	Содержит клостридилпептидазу А и хлорамфеникол. Способствует очищению и регенерации язв
144	Vagotili 50 ml D.S. Прижигать язву в течение 1-3 мин тампоном, насыщенным препаратом, 2-3 раза в неделю	30 % водный раствор полиметиленаметакрезолсульфоново кислоты

МИКОБАКТЕРИАЛЬНЫЕ И ПРОТОЗОЙНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Представляют собой хронические инфекционные дерматозы, вызываемые микобактериями туберкулеза, лепры и простейшими (лейшманиями). Характеризуются гранулематозными поражениями кожи, и слизистых в виде бугорков, узлов, язв, развитием деформирующих рубцовых изменений, мутляций, вовлечением в патологический процесс различных органов и систем (табл. 32, 33, 34).

Таблица 32. Туберкулез кожи

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Общая характеристика	Многообразная группа поражений кожи (клинически и морфологически), вызываемых внедрением в нее микобактерий туберкулеза. В настоящее время встречается редко	
Этиология	Туберкулезная микобактерия человеческого типа (<i>Mycobacterium tuberculosis</i>), рогатого скота, птичья	
Пути проникновения	Экзогенный, гематогенный, лимфогенный, по протяжению, аутоинокуляция	
Факторы риска	Органый туберкулез, заболевания нервной системы, инфекции, иммунный, витаминный, водный, минеральный дисбаланс, сосудистые нарушения, гормональные дисфункции, социальные факторы, климатические условия, возраст, профессия, снижение неспецифического иммунитета	
Группы поражений кожи и их разновидности	<p>Локализованные формы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - туберкулезная волчанка (часто встречающаяся); - скрофулодерма; - бородавчатый туберкулез кожи; - язвенный туберкулез кожи и слизистых 	<p>Диссеминированные формы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - индуративная эритема Базена; - лихеноидный туберкулез кожи; - диссеминированная милиарная волчанка лица; - папулонекротический туберкулез кожи
Клиническая картина. Локализованные формы	<p>Туберкулезная волчанка (ТВ)</p> <p>Бугорки (люпомы) желто-красного цвета, тестоватой консистенции, гладкие, язвы с мягкими краями, рубцовая атрофия, рецидив бугорков на рубцах в области лица, шеи, слизистой рта, туловища, конечностей.</p> <p>Симптом Пospelова (продавливание бугорка в очаг зондом) и «яблочного желе» (при надавливании на очаг предметным стеклом он имеет вид срезанного яблока).</p> <p>Осложнения ТВ: люпус-карцинома, мутляции, изъязвление элементов, рожистое воспаление.</p> <p>Скрофулодерма (рис. 15)</p> <p>Безболезненные фиолетово-красные узлы, фистулы, язвы с мягкими подрытыми краями, творожистым отделяемым, неровные рубцы с наличием сосочков и мостиков в области шеи, ключицы, подмышечных впадин, суставов.</p> <p>Бородавчатый туберкулез кожи</p> <p>Плоские плотные бляшки с бородавчатыми разрастаниями, роговыми наслоениями на тыле кистей, стоп. Характерно наличие воспаления по периферии очагов.</p>	

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
	<p align="center"><i>Язвенный туберкулез кожи и слизистых</i></p> <p>Язвочки, язвы с фестончатыми, мягкими краями, зернистым дном, резкой болезненностью вокруг естественных отверстий</p>	
Диссеминированные формы	<p align="center"><i>Индуративная эритема Базена</i></p> <p>Глубокие плотные узлы величиной 5-8 мм в диаметре, слегка болезненные, с явлениями эритемы, наличием язв с плотными краями, рубцами, атрофией в области голеней, бедер, ягодиц, верхних конечностей.</p> <p align="center"><i>Лихеноидный туберкулез кожи</i></p> <p>Рассеянные или сгруппированные мелкие, плоские, папулы, папуло-пустулы, акнеподобные элементы серовато-красного цвета на боковых поверхностях туловища, ягодицах, лице.</p> <p align="center"><i>Диссеминированная милиарная волчанка лица</i></p> <p>В отличие от вульгарной волчанки, бугорки не сливаются; в центре отдельных элементов развивается некроз; бугорки регрессируют с образованием атрофических рубчиков и пятен.</p> <p align="center"><i>Папулонекротический туберкулез кожи</i></p> <p>Буровато-фиолетового цвета узелки, некротические корочки, штампованные рубчики на разгибательных поверхностях конечностей, туловище, лице</p>	
Дифференциальный диагноз	<p align="center"><i>Туберкулезная волчанка</i></p> <p>Бугорки при сифилисе, лепре, лейшманиозе, рубцующийся эритематоз.</p> <p align="center"><i>Скрофулодерма</i></p> <p>Сифилид гуммозный, хроническая язвенная пиодермия, актиномикоз, индуративная эритема Базена.</p> <p align="center"><i>Бородавчатый туберкулез кожи</i></p> <p>Вульгарные бородавки, вегетирующая пиодермия, глубокие микозы, рак кожи.</p> <p align="center"><i>Язвенный туберкулез кожи и слизистых</i></p> <p>Язвенный сифилид, мягкий шанкр, эпителиома, изъязвляющаяся туберкулезная волчанка</p>	
	<p align="center"><i>Индуративная эритема Базена</i></p> <p align="center">Узловатая эритема скрофулодерма, гуммозный сифилид</p>	
	<p align="center"><i>Лихеноидный туберкулез кожи</i></p> <p>Красный плоский лишай.</p> <p align="center"><i>Папулонекротический туберкулез кожи</i></p> <p>Бугорковый сифилид, язвенно-некротический васкулит, масляные угри, юношеские угри</p>	
Диагностические исследования	<p>Туберкулиновые пробы (Пирке, Манту).</p> <p>Бактериоскопия на БК и обнаружение кислотоустойчивых палочек. ПЦР-тест.</p> <p>Микроскопия биопсированного материала.</p> <p>Посев на питательные среды и получение культуры микобактерий.</p> <p>Положительные результаты прививок патологического материала морским свинкам.</p> <p>Обнаружение других очагов туберкулеза у пациента.</p> <p>Эпидемиологические данные.</p> <p>Положительные результаты специфической терапии</p>	
Лечение (общие сведения)	<p>Специфические противотуберкулезные препараты по степени антибактериальной активности делятся на 3 группы:</p> <p>1) наиболее эффективные препараты – изониазид, рифампицин;</p> <p>2) препараты средней эффективности – стрептомицин, этамбутол, протионамид, канамицин, циклосерил, флоримицин, виомицин;</p> <p>3) умеренной эффективности – ПАСК, тибон.</p> <p>Целесообразно одновременное назначение 2-3 препаратов</p>	
Схемы антибак-	Рекомендуемые	Альтернативные

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
териальной терапии туберкулеза кожи. Туберкулезная волчанка	<p>1) Фтивазид + рифампицин 2) Фтивазид + стрептомицин + витамин D2 Фтивазид Взрослым: 0,25-0,5 г 2-4 раза в сутки Детям: 0,2-1 г/сут, курсовая доза 100-200 г (4-6 недель) Рифампицин Взрослым: внутри за 30 мин-1ч до еды по 0,45-0,6 г/сут за 1 прием Детям: 8-10 мг/кг, но не более 0,45 г/сут, курс 3-4 месяца Стрептомицин Взрослым: 0,5-1 г/сут в/м ежедневно и в очаги поражения 0,1-0,3 г 1 раз в 4-6 дней, но не более 1 г/сут, курс 2-3 мес; Витамин D2 (0,5% спиртовой раствор) Взрослым: 100 000 МЕ/сут, но не выше 200 000 МЕ; Детям: 25 000-75 000 МЕ/сут в 2 приема во время еды, курс лечения 3-6 мес.</p>	<p>Метазид + рифампицин Метазид внутри 0,5 г 2 раза в день, курс лечения 3-4 мес. Изониазид + рифампицин Изониазид Взрослым: внутри по 0,3 г/сут в 2-3 приема (после еды), в начале курса, а затем однократный прием всей суточной дозы, курс лечения 3-4 мес. Детям: 0,02-0,015 г/кг/сут в 2-3 приема до 3-4 недель Этамбутол + рифампицин Этамбутол внутри по 20-25 мг/кг на 1 прием после завтрака, курс лечения 1-2 мес. Салюзид + стрептомицин Салюзид Взрослым: внутри 0,5 г 2-3 раза в сутки Детям: 0,03 г/кг/сут. Тибон + фтивазид Тибон Взрослым: внутри 0,025 г 2 раза в день в течении 2 недель, затем по 0,05 г 2-3 раза в день; Детям: 0,5-1 мг/кг/сут</p>
Колликативный туберкулез кожи	<p>Фтивазид (ПАСК) + стрептомицин ПАСК взрослым: 10-12 г/сут, курс лечения 60-90 дней детям: 2-8 г/сут Стрептомицин 50-70 млн ЕД на курс</p>	<p>Пиразинамид + изониазид Пиразинамид взрослым: 0,5 г 3-4 раза в сутки или 0,75-1 г 2 раза в день. Детям: 20-30 мг/кг/сут, курс лечения 3-4 мес.</p>
Милярный язвенный туберкулез кожи и слизистых оболочек	<p>Фтивазид + стрептомицин (см. «Туберкулезная волчанка»)</p>	<p>Циклосерин + фтивазид Циклосерин Взрослым: внутри по 0,25 г 3 раза в сутки. Детям: 0,01-0,02 г/кг/сут, курс лечения 4-6 недель</p>
Бородавчатый туберкулез кожи	<p>Фтивазид + стрептомицин (см. «Туберкулезную волчанку») Хирургическое лечение очагов поражения или их разрушение с помощью криотерапии</p>	<p>Виомицин + фтивазид Виомицин Взрослым: в/м 0,5-1 г 1 раз в сутки 6 раз в неделю, на 7-й день перерыв; Детям: 15-20 мг/кг курс лечения 2-3 мес.</p>
Лихеноидный туберкулез кожи	<p>Фтивазид + стрептомицин при отсутствии туберкулезных очагов в других органах – общее УФО</p>	<p>Канамицин + фтивазид Канамицин Взрослым: в/м 0,5-1 г 1 раз в день Детям: 10-20 мг/кг, курс 2-3 мес.</p>
Папулонекротический туберкулез кожи	<p>Фтивазид + стрептомицин При изъязвлении высыпаний – местное облучение очагов УФЛ, ихтиоловая мазь</p>	<p>Нет</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Индуративный туберкулез кожи	Фтивазид + стрептомицин (см. «туберкулезная волчанка») Местно: - УФЛ, УФО; - противовоспалительные и эпителизирующие мази при вскрывшихся узлах	Нет
Наружное лечение	5-10% пирогалловая мазь, 50% раствор молочной кислоты, 5-10% дерматоловая мазь; стрептомицин (рифампицин, фтивазид) в 70% растворе ДМСО. Хирургическое иссечение, коагуляция, криодеструкция. Лазеротерапия, УФО, гелиотерапия	
Профилактика	Раннее выявление и лечение больных. В течение 2-3 лет весной и осенью по 3 месяца комбинированное противотуберкулезное (противорецидивное) лечение. Диспансерное наблюдение. Витаминизированная, высококалорийная белковая бессолевая диета. Санаторно-курортное лечение. Санитарно-просветительная работа	

Таблица 33. Лепра (проказа)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Общая характеристика	Хроническое инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями лепры, которое характеризуется гранулематозными поражениями кожи, слизистых верхних дыхательных путей, периферической нервной системы и внутренних органов	
Этиология	<i>Mycobacterium leprae</i> (бацилла Ганзена)	
Характеристика возбудителя	Малоконтагиозен. Кислотоустойчивая бацилла. Окрашивается по Цилю-Нильсену, грамположительная. ПЦР-тест. Не растет на питательных средах. С трудом воспроизводится в эксперименте (броненосцы, шимпанзе)	
Условия заражения	Длительный бытовой контакт. Инкубационный период 3-10 лет. Воздушно-капельным путем через слизистую носа. При повреждении кожных покровов. Путем сенсibilизации организма	
Факторы, способствующие возникновению заболевания	Недостаточность и неполноценность питания. Физическое переутомление. Простудные и общие заболевания. Алкоголизм. Эндемичные зоны. Снижение иммунитета	
Классификация (мадридская)	Два типа: - лепроматозный; - туберкулоидный.	Две промежуточных группы: - недифференцированная лепра; - пограничная (диморфная) лепра
Клиническая картина Лепроматозный тип (мультибактериальная)	Отмечаются бугорки, узлы (лепромы), инфильтраты синюшно-красного цвета с сальной поверхностью; пятна ржавого цвета; выпадение волос, бровей; стволовые невриты; потеря болевой чувствительности; потеря температурной и тактильной чувствительности; атрофия мышц, мутиляции кистей (см. рис 16), стоп; лепромы слизистых, воспалительные поражения глаз; увеличение подкожных лимфатических узлов; двусторонние орхипидидимиты, поражение внутренних органов, лепромы костей, периоститы	
Туберкулоидный тип (малобактериальная)	Эритематозные пятна, мелкопапулезные бляшки с западением в центре; стволовые невриты; потеря болевой, температурной, тактильной чувствительности; прекращение потоотделения; увеличение лимфатических узлов; орхипидидимиты	

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Недифференцированная лепра	Наблюдаются эритематозно-сквамозные и дисхромические пятна с четкими границами; прекращение потоотделения; выпадение волос, бровей; атрофия ногтевых пластинок; пузыри в области суставов; язвы, секвестрация мелких костей, мутиляции, амиотрофия мышц лица, кистей, стоп; стволовые невриты, парестезии; исчезновение болевой, температурной, тактильной чувствительности
Пограничная лепра	Нестабильная (промежуточная) стадия заболевания сочетает признаки лепроматозной и туберкулоидной лепры. При лечении трансформируется в туберкулоидную лепру, а при его отсутствии – в лепроматозную
Диагностические и специальные исследования	<p>Неврологический статус: выявление гипо- и анестезий, моторных расстройств, болевой и температурной чувствительности, болезненности и утолщения нервных стволов, атрофии мышц (особенно важно в ранних стадиях).</p> <p>Функциональные пробы: <u>лепроминовая</u>, с никотиновой кислотой, горчицей, гистаминовой, Минора.</p> <p>Бактериоскопическое исследование соскоба со слизистой носа, скарификатов очагов на микобактерии.</p> <p>Бактериоскопическое исследование сока лепром, пунктатов лимфоузлов на микобактерии.</p> <p>Оценивается характер очагов и их расположение, степень нарушения чувствительности, рост пушковых волос</p> <p>Гистологическое исследование биопсийного материала лепром, инфильтратов.</p> <p>Проводится оценка результатов гистологического исследования (по Ридли-Джоплингу):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) наличие и соотношение гистиоцитов, эпителиоидных и пенистых клеток в гранулеме, содержащей микобактерии; 2) количество микобактерий (по 6,5 балльной шкале); 3) число и расположение лимфоцитов; 4) инфильтрация нервов; 5) инфильтрация субэпидермальной зоны
Дифференциальный диагноз	<p>Бугорковый и гуммозный сифилид.</p> <p>Лимфаденопатия при СПИД.</p> <p>Лейшманиозные бугорки, узлы, язвы.</p> <p>Рассеянный склероз, сирингомиелия.</p> <p>Витилиго.</p> <p>Полиморфная эритема, пузырчатка, дерматоз Дюринга, буллезный эпидермолиз.</p> <p>Туберкулезная волчанка, другие формы туберкулеза кожи</p>
Лечение Лепроматозная и пограничная лепра	<p>Схемы антибактериальной терапии</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Дапсон – 100 мг/сут + клофазимин (лампрен) – 50 мг/сут (самостоятельный прием). Контролируемый прием: рифампицин – 600 мг 1 раз в месяц + клофазимин – 300 мг 1 раз в месяц. Курс лечения более 2 лет. Вместо клофазимина применяют этионамид – 250 мг/сут, или протионамид – 375 мг/сут. При узловатой эритеме: преднизон – 60-80 мг/сут, Пефлоксацин – 800 мг внутрь 1 раз в сутки или офлоксацин – 400 мг внутрь 1 раз в сутки. 2) Рифампицин – 600 мг/сут в течение 1 мес. + клофазимин – 100 мг/сут в течение 6 мес., затем 100 мг клофазимина 3 раз в неделю на протяжении неопределенного времени; или 3) Рифампицин по 600 мг/сут в течение 1 мес. в комбинации с этионамидом или протионамидом по 375 мг/сут — применяются для лечения резистентных к сульфоновым препаратам форм лепры

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Туберкулоидная и недифференцированная лепра	1) Дапсон – 100 мг/сут (самостоятельный прием) + рифампицин – 600 мг 1 раз в месяц (контролируемый прием) в течение 6 месяцев. 2) Димоцин – 100 мг + изониазид и протионамид по 250 мг 2 раз в день и рифампицин по 150 мг 3 раз в день в течение 7 дней через каждые 3 мес. В дни приема рифампицина указанные препараты отменяются. 3) Димоцифон – 100 мг + клофазимин по 50 мг 2 раз в день. Через каждые 2 месяца назначают рифампицин по схеме, указанной в п.2. 4) Диуцифон 200 мг, димоцифон 50 мг и тубазид 250 мг на 1 прием. Принимают 2 раза в день в течение 12 месяцев, затем назначают новую комбинацию препаратов. 5) Изопродиап (ДАС 50 мг + тубазид и протионамид по 250 мг) + диуцифон по 100 мг 2-3 раза в день. Через каждые 3 месяца отменяют изопродиап на 7 дней и назначают рифампицин по 150 мг 3-4 раз в день. 6) Солюсульфон в/м инъекции 50% водного раствора препарата, вводимого 2 раза в неделю в течение 6 месяцев. Начальная доза 0,5 мл с последующим постепенным увеличением на 0,5 мл до 3,5 мл.
Средства метаболической терапии и детоксикации	Гепатотропные средства. Витамины группы В, препараты железа. Иммунопротекторы. Гемотрансфузии. Гемосорбция, плазмаферез
Наружная терапия	Этизул (втирание в кожу). Сульфетроновая мазь. Разрушение лепром химическими веществами, физическими методами
Длительность лечения	- 1,5 года при туберкулоидной лепре; лечение 6-18 месяцев в лепрозории; - 3 года при недифференцированной лепре; до 1,5 лет в лепрозории; - не менее 10 лет при лепроматозной лепре; лечение 3-5 лет в лепрозории. Контроль лечения – 1 раз в квартал
Профилактика	Раннее выявление и изоляция больных в лепрозории. Своевременное проведение химиотерапии. Наблюдение и обследование членов семей, и контактных не менее 1 раза в год, превентивное лечение. Отделение детей от больных родителей и их искусственное вскармливание. Вакцинация БЦЖ в эндемичных районах. Полноценное питание. Санитарно-гигиенический режим. Санация микротравм

Таблица 34. Кожный лейшманиоз Старого и Нового Света

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Общая характеристика	Кожный лейшманиоз (болезнь Боровского) Старого Света – протозойное эндемичное длительно протекающее в жарком климате умеренных поясов поражение кожи бугороково-язвенного характера, развивающееся после укусов москитов, зараженных <i>Leishmania tropica</i>	
Возбудитель заболевания	<i>Leishmania tropica</i> (семейство Trypanosomidae), простейшие, с одноклеточным строением. Цикл развития 50 дней при температуре не ниже 20°C. Кровососущие	
Разновидности возбудителя	<i>Leishmania tropica minor</i> (городской тип)	<i>Leishmania tropica major</i> (сельский тип)
Резервуар инфекции	Больной человек	Дикие грызуны – песчанки, суслики
Переносчики инфекции	Москиты (<i>Phlebotomus</i>)	
Клинические типы	Городской поздноизъязвляющийся (антропонозный)	Сельский остронекротизирующий (зоонозный)
Инкубационный период	от 3-5 месяцев до 3-5 лет	1 неделя - 2 месяца
Длительность течения	В среднем около 1 года	В среднем 3-5 месяцев

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Клиническая картина	Отмечаются бугорки-эрозии с трудно удаляемой корочкой-чешуйкой; язвы, приподнятые инфильтратом, неправильной формы со слегка зернистым дном (см. рис. 17), окруженные валиком буровато-красного цвета; рубцовые изменения, иногда лимфангиты, лимфадениты	Наблюдается фурункулоподобный инфильтрат ярко-красного цвета, распадающийся с образованием глубокой язвы, с подрытыми неровными краями, обильным гноевидным экссудатом, размером до 4-5 см, болезненный; дно покрыто зернистыми грануляциями (симптом «рыбьей икры»); обезображивающий рубец; лимфангиты, лимфадениты
Диагностические исследования	Тщательный эпиданамнез. При окраске препарата-мазка по Романовскому-Гимзе лейшмании в виде телец овальной формы, расположенных вне- и внутриклеточно (в макрофагах). Кожно-аллергическая реакция Монтенегро. Реакция иммобилизации лептомонад (РИЛ), ПЦР-исследование	
Гистопатология	Продуктивное воспаление в дерме очагового или диффузного характера с образованием туберкулоидных узелков (эпителиоидные клетки и клетки Пирогова-Лангханса), лимфоидных и гистиоцитарных элементов, зернистых лейкоцитов, явления фибриноидного набухания и некроза, фибротизации	
Дифференциальный диагноз	Вульгарная эктима. Сифилитическая гумма. Туберкулезная волчанка. Скрофулодерма. Язвенно-вегетирующая пиодермия. Кожный лейшманиоз американский. Кожно-слизистый лейшманиоз. Висцеральный лейшманиоз (кала-азар)	
Лечение Кожный лейшманиоз-болезнь Боровского (<i>L. tropica</i>)	<i>Схемы химиотерапии</i>	
	<p>Солюсурьмин Взрослым: 0,35 мл/кг/сут в 2 введения (утром и вечером), в/венно, медленно, курсовая доза 7-8 мл/кг. Детям: однократно 0,5 мл/кг/сут, курсовая доза 7,5-9 мл/кг. Стибоглюконат или меглумин-антимониат (расчет по сурьме – 10 мг/кг/сут в течение 10 суток, в/в или в/м</p> <p>Мономицин Взрослым: в/м по 0,25 г в 4-5 мл 0,5% раствора новокаина каждые 8 часов в течение 10-14 дней, курсовая доза 9-12 г. Детям: 4-5 мг/кг/сут в 3 приема.</p> <p>Доксициклин по 0,2 г/сут внутрь после еды в течение 15 дней.</p> <p>Метациклин Взрослым: 0,3 г внутрь 2 раза в день. Детям: 7,5 мг/кг/сут, курс лечения 10-12 дней, в тяжелых случаях дозу увеличивают в 1,5-2 раза, курс – 15 дней.</p> <p>Кетоконазол (низорал) 400 мг/сут внутрь в течение 28 дней.</p> <p>Метронидазол 0,2 г 4 раза в сутки в течение 7 дней, после перерыва (7 дней) по 0,2 г 3 раза в сутки в течение 14 дней. На курс 9,8 г.</p> <p>Аминохинол Взрослым: 0,45-0,6 г/сут. Детям: 0,15-0,4 г/сут. Курс лечения 25-30 дней.</p>	

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Фуразолидон взрослым: 0,15-0,2 г 4 раза в день, курс лечения 18-20 дней.</p> <p>Хингамин Взрослым: 0,25 г 3 раза в день в течение 10 дней или 0,5 г 2 раза в день в течение 7 дней + сульфален 1,0 г в первый день, затем по 0,2 г ежедневно, 10-12 дней.</p> <p>Рифампицин Взрослым: 0,3 г 2-3 раза в сутки за 30-40 мин до еды. Детям: по 7,5-10 мг/кг в 2 приема. Курс лечения от 7-10 до 15-20 дней.</p> <p>Цефтриаксон (Лендацин) – 10-28 дней по 2,0 г в/м, в/в. Местное лечение Введение в лейшманиомы 5% раствора мепокрина по 2-3 мл через 3-5 дней № 3-5. Повязки с 5 % мономициновой мазью, 3% метациклиновой, 5% тетрациклиновой; мазями с протарголом (5-10 %), акрихином (1-2 %), риванолом (1 %), стрептоцида (5-10 %), желтой ртутью, борной кислотой, линиментом по Вишневскому Примочки с дезрастворами: с фурациллином, марганцевокислым калием, риванолом и др. Анилиновые красители. Присыпки с дерматолом. Углекислотный и гелий-неоновый лазер, криотерапия, хирургическое лечение, диатермокоагуляция. В стадии бугорка – электрохирургическое разрушение. Коллагеновая губка с 30% мономицина</p>
Американский кожный лейшманиоз Нового Света (L.mexicana, L.brasiliensis), (L. peruviana)	Инкубационный период – до 3-х мес. Принципиальных различий в клинической картине лейшманиоза Старого и Нового Света нет. Переносчики лейшманий L. mexicana, L. brasiliensis, L. peruviana – грызуны, сумчатые, дикие и домашние животные. Стибоглюконат (сурьма – 100 мг/мл), из расчета по сурьме 20 мг/кг/сут (обычно разделяют на 2 дозы) в/м или в/в в течение 20 сут; или меглумин-антимониат (сурьма 85 мг/мл); из расчета по сурьме 20 мг/кг/сут (обычно разделяют на 2 дозы) в течение 20 суток. Кетоконазол 600 мг/сут внутрь 28 суток или амфотерицин В в общей дозе 2,5 г (35 мг/кг). Профилактическое применение антибиотиков
Кожно-слизистый лейшманиоз Нового Света (L.brasiliensis)	Язвенно-некротические изменения слизистых оболочек приводит к глубокой деформации носа, ушей, глотки, дыхательных путей, половых органов, уродующих и инвалидизирующих пациентов. Стибоглюконат (см. «Американский кожный лейшманиоз»). Кетоконазол (см. «Американский кожный лейшманиоз»)
Профилактика кожного лейшманиоза (болезнь Боровского)	Прививки кожного лейшманиоза в эндемичных зонах. Химиопрофилактика хлоридином. Биостимулирующие средства. Раннее выявление, изоляция и лечение больных. Уничтожение москитов. Ликвидация резервуаров инфекции (грызуны). Личная профилактика
Кожный и кожно-слизистый лейшманиоз Нового Света	Не разработан

ДЕРМАТОЗЫ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ЭКТОПАРАЗИТАМИ

Эктопаразитозы – группа дерматозов, развивающихся вследствие паразитирования на человеке членистоногих (клещи, насекомые).

Ниже приводятся сведения о паразитарных поражениях кожи, вызываемых чесоточным клещом (*Sarcoptes scabiei hominis*) (табл. 35) и их лечении (табл. 36), различными видами вшей (головные, платяные, лобковые) (табл. 37).

Таблица 35. Чесотка

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Чесотка (<i>Scabiei hominis</i>), развивается в результате внедрения в кожу человека от человека – насекомого чесоточного клеща. Паразитирует в роговом слое эпидермиса только человека
Факторы риска	Несоблюдение мер санитарии и гигиены. Ранняя половая жизнь. Прямая связь с ростом заболеваний, передаваемых половым путем. Значительная миграция населения. Снижение внимания медработников к вопросам течения, клинической картины типичной и атипичной чесотки. Рост кожных аллергических заболеваний. Снижение иммунитета у населения к чесоточному клещу. ВИЧ-инфекция
Этиология	Чесоточный клещ – <i>Sarcoptes scabiei hominis</i> . Характеризуется повсеместным распространением
Жизненный цикл клеща	Спаривание на поверхности кожи половозрелых форм – внедрение самки в роговой слой – отложение яиц в ходах – образование личинок, протонимф, телионимф – выход половозрелых форм через крышу хода – внедрение самки в роговой слой – отложение яиц в ходе и т. д. Продолжительность жизни самки в коже – около 2 месяцев. За это время она откладывает около 50 яиц
Пути заражения	Непосредственно от больного при половом контакте. Опосредованно через предметы быта, одежду
Инкубация	В среднем 8-12 дней
Клинические формы	Типичная. Атипичные
Преимущественная локализация при типичной форме	У взрослых: боковая поверхность пальцев кистей; сгибательная поверхность лучезапястных суставов; головка полового члена; кожа живота; соски грудных желез (рис. 18). У детей: на любом участке тела, включая волосистую часть головы, лицо, шею, ладони, подошвы
Клиническая картина типичной чесотки	У взрослых: парная узелковая сыпь (до 1см); чесоточные ходы; расчесы (экскориации); жемчужные везикулы (экземные псевдовезикулы); пруригинозные папулы, язвы на половом члене у мужчин; скабиозные узелки, узлы (милиарные и лентиккулярные папулы) в области мошонки, промежности, подкрыльцовых ямок, пупка (рис. 19). У детей: напоминает картину детской почесухи, крапивницы, экземы (волдыри, везикулы, пузырьки)
Характерные симптомы	Арди-Горчакова (наличие сухих чешуек, гнойно-кровянистых корок на локтевых суставах). Симптом «треугольника» (ромб Михаэлиса) – расположение высыпаний (везикул, пустул, корок) – треугольником, вершина которого спускается к межъягодичной складке, а основание лежит на крестце). Зуд, преимущественно в ночное время. Групповой зуд (зудящая сыпь у других членов семьи или в коллективе)
Исследования, подтверждающие диагноз	Способы обнаружения клеща (забор материала с последующей микроскопией): – извлечение иглой из слепого конца чесоточного хода; – тонкие срезы эпидермиса в области чесоточного хода или пузырька; – соскоб глазной ложечкой свежих элементов до появления капель крови; – «щелочного препарирования» — проводят обработку элементов сыпи 10-20 % раствором натрия гидроксида, делают соскоб глазной ложечкой; – нанесения на чесоточные элементы 40 % водного раствора молочной кислоты с последующим соскабливанием глазной ложечкой до появления капель крови с микроскопией материала в капле раствора молочной кислоты (предпочтителен). При микроскопии выявляются самки клеща, яйца, оболочки яиц, личинки и их фрагменты
Клинические формы атипичной чесотки	–Чесотка <i>чистоплотных (стертая)</i> – без поражения кожного покрова с зудом. – <i>При местной терапии кортикостероидными препаратами</i> (носит сквамозный, папуло-везикулезный характер без специфических симптомов чесотки). – <i>Норвежская чесотка</i> (встречается редко – у больных болезнью Дауна, астенией, лепрой, иммунодефицитами. Характеризуется наличием на теле массивных корковых и гиперкератотических наслоений с наличием под ними очень большого скопления клещей. Заболевание весьма контагиозно, может протекать длительно до установления диагноза

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Гистопатология	Периваскулярные инфильтраты в верхнем слое дермы в области чесоточных элементов, состоящие из лимфоцитов, гистиоцитов, полинуклеарных эозинофилов, явления спонгиоза в эпидермисе
Иммунологические исследования	Активация Т- и В-лимфоцитов, увеличение иммуноглобулина G, M, иммунных комплексов, уменьшение иммуноглобулина A, часто эозинофилия. Выявляемые изменения характерны для аллергического состояния на продукты жизнедеятельности клеща и его фрагменты в результате противоскабиозной терапии (длительно не исчезающие скабиозные узелки после проведенной терапии)
Осложнения	Пиодермия Импетигинизация Экзематизация Лимфаденит (полиаденит)
Дифференциальный диагноз	<p>Псевдочесотка (клещевой дерматит) – заражение от животных. Инкубационный период от нескольких часов до 2 суток. Уртикарные, папулезные, папуловезикулезные элементы, чесоточные ходы отсутствуют. От человека человеку не передается. Клещ обнаруживается с трудом.</p> <p>Зерновая чесотка – поражение пузатым клещом, живущим на злаках и зернах. Папулы, волдыри, сильный зуд.</p> <p>Постскабиозная лимфоплазия. Развивается после полноценного противочесоточного лечения. Узелки (узлы), зуд кожи возникают как результат гиперреактивного ответа лимфоидной ткани кожи на элементы погибшего клеща и наличие чесоточного клеща.</p> <p>Шанкриформная пиодермия.</p> <p>Язвенно-папулезные сифилиды первичного и вторичного периода сифилиса.</p> <p>Лобковый педикулез (фтириаз).</p> <p>Педикулез тела.</p> <p>Другие эктопаразитозы: укусы блох, москитов, клещиков-краснотелок, клещей птиц.</p> <p>Паразитарные кожные болезни – филяридоз, анкилостомоз, шистоматоз (жаркие страны).</p> <p>Нейродермит диффузный (хроническое течение, лихенификация, отрицательное исследование на чесоточного клеща).</p> <p>Кожный зуд (наличие экскориаций).</p> <p>Аллергический дерматит (эритема, папулы, отрицательное исследование на чесоточного клеща).</p> <p>Почесуха – папуло-волдырные элементы на разгибательных поверхностях конечностей, отсутствие чесоточных ходов, клещ не обнаруживается.</p> <p>Мягкий шанкр, болезнь Николая-Фавра</p>
Лечение (основные препараты) Взрослых	<p>33 % серная мазь (6 дней).</p> <p>20 % бензилбензоат (1, 2, 4 дни).</p> <p>Эсдепаллетрин (аэрозоль «Спрегаль»). Лосьон «Скабикар». (Методика применения см. табл. 36).</p> <p>5% перметриновая мазь на 8-14 ч, душ.</p> <p>Линдан (лосьон, мазь) на 8 ч, душ.</p> <p>10 % полисульфидный линимент (3 дня).</p> <p>Метод Демьяновича. Мазь Вилькинсона (применялись ранее).</p> <p>Пероральный прием (рекомендации ВОЗ)</p> <p>Тиабендазол 25 мг/кг, внутрь ежедневно в течение 10 дней.</p> <p>Ивермектин 200 мкг/кг внутрь однократно.</p> <p>5-10% гель бензоилпероксида, СО₂-лазер, диатермокоагуляция.</p>
Лимфоплазия Детей	Применяют уменьшенные в 2-3 раза концентрации указанных препаратов, с осторожностью назначают мазь Вилькинсона и метод Демьяновича ввиду выраженной резорбции этих средств и развития дерматитов
Профилактика	<p>Выявление, изоляция и лечение пациентов в стационаре.</p> <p>Осмотр лиц, контактировавших с заболевшим.</p> <p>Дезинфекция очага.</p> <p>Экстренное извещение в СЭС</p>

НАРУЖНЫЕ ПРОТИВОЧЕСОТОЧНЫЕ СРЕДСТВА

При лечении больных чесоткой применяют методы терапии бензилбензоатом, серную мазь, метод Демьяновича, полисульфидный линимент, мазь Вилькинсона, перметриновую мазь, линдан, эсдепаллетрин (табл. 36).

Действие: акарицидное.

Показания. Чесотка, клещевой дерматит.

Методика применения. При обработке кожного покрова противочесоточными средствами необходимо соблюдать следующие правила:

- средства наносить или втирать в весь кожный покров, а не только в участки поражения;
- препарат наносить тонким однородным слоем;
- особое внимание следует уделить обработке кистей, предплечий, подмышечных областей, мошонки, промежности, ягодиц, бедер.

Исключить попадание препаратов в глаза и на слизистые оболочки.

При лечении новорожденных и беременных отдается предпочтение препаратам, содержащим бензилбензоат.

Таблица 36. Средства для лечения чесотки

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
145	Benzylii benzoatis 40,0 Saponis viridis 3,0 Aq. Fontanae ad 200,0 M.D.S. Втирать в кожу дважды по 10 мин. (перерыв 10 мин.)	Втирают на первый и четвертый день. У детей применяют 10 % раствор
146	Ung. Sulfurati 33 % 100,0 D.S. Смазывать кожу 1 раз в день	Применяют в течение 6 дней. У детей используют 10-15 % серную мазь
147	Natrii thiosulfatis 120,0 Aq. destil. 80,0 M.D.S. Втирать в кожу вкрных конечностей, туловища, нижних конечностей	Раствор №1 (по Демьяновичу). Применяют в течение 3 дней. Втирают дважды по 15 минут с перерывом для высыхания раствора на коже
148	Ac. hydrochlorici puri 12,0 Aq. destil. 200,0 M.D.S. Втирать в кожу вкрных конечностей, туловища, нижних конечностей	Раствор №2 (по Демьяновичу). Втирать трижды после раствора №1 в такой же последовательности
149	Linimenti polysulfidi 10 % 100,0 D.S. Втереть в кожу однократно в течение 10 минут	Метод Л.И.Богдановича. 5 % линимент для детей. Применяют на первый, третий, четвертый день. Втирают во всю кожу за исключением волосистой части головы и лица
150	Benzylii benzoatis 20,0 Anaesthesini 3,0 Olei Vaselini 100,0 M.D.S. Смазывать кожу 2 раз в день	Пропись Ю.К.Скрипкина. Предназначена для применения в условиях Севера
151	Ung. Wilkinsoni 100,0 D.S. Смазывать кожу 1 раз в день	Применяют в течение 3 дней
152	Lotionis «Scabicare» 25 % 100 ml D.S. Обработать весь кожный покров	Обработать весь кожный покров. Через 12 ч принять душ и нанести повторно
153	Aerosoli «Spregal» 200 ml D.S. Обработать весь кожный покров	Обработать весь кожный покров однократно, за исключением лица и волосистой части головы

Таблица 37. Педикулез

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Общая характеристика	Педикулез (pediculosis) – дерматит, возникающий в различных участках тела человека в результате укусов эктопаразитов (вшей), сопровождающийся выраженным кожным зудом. Вши- паразиты, питающиеся кровью человека, являются переносчиками сыпного и возвратного тифа		
Разновидности педикулеза	Головной	Туловища	Лобковый
Виды вшей	Головные вши (Pediculi capiti)	Платяные вши (Pediculi vestimenti)	Лобковые вши (площицы) (Pediculi pubis)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Локализация	Волосистая часть головы, чаще височные и затылочные области, брови, ресницы, гладкая кожа	Туловище (плечи, верхняя часть спины, подмышечные впадины, живот, поясница, пахово-бедренные складки)	Лобок, подмышечные ямки, область груди, живота, ануса, редко – борода, ресницы (щетинистые волосы)
Источник заражения	Больной человек	Больной человек	Больной человек
Пути передачи	Тесный контакт с больными и предметами обихода	Тесный контакт с больными, ношение нижнего и верхнего белья больного	Половой и тесный бытовой контакт с больным человеком
Клиническая картина	Экскориации, геморрагии-ческие корочки, импетигнизация. Зудящие пятна, узелки, экзематизация, увеличение регионарных лимфатических узлов, неприятный запах, возможно образование колтуна (трихома)	Зуд, расчесы, сосудистые пятна, папуло-уртикарные элементы в местах укусов вшей, вторичная пиодермия. Возможно развитие лихенификации, коричневатой (грязно-серой) пигментации	Расчесы, зуд, синюшные пятна (maculae seruleae). Вши и гниды, прикрепленные к волосам
Диагностика	Обнаружение вшей или гнид (яйца серовато-белого цвета, плотно прикрепленные к волосам) в участках поражения ad oculum или с помощью лупы		
Дифференциальный диагноз	Пиококковое импетиго, фолликулиты, аллергический дерматит, экзема, диатез, себорея. Укусы клещей, блох, комаров	Чесотка, псевдочесотка, аллергический дерматит, токсидермии, флеботодермии. Нейродермит, экзема, розеолы вторичного периода сифилиса, инфекционные экзантемы, истинный и вторичный кожный зуд	Чесотка, фолликулиты, пиококковое импетиго, нейродермит аногенитальной области, микоз паховый и периаанальной области. Розеолы вторичного периода сифилиса
Лечение Головной педикулез Педикулез туловища Лобковый педикулез	Удаление гнид гребешком, смоченным столовым 3% уксусом. Втирание в кожу волосистой части головы 20% эмульсии бензилбензоата (у детей 10%), голову повязывают косынкой на 30 мин, затем промывают горячей водой и моют голову с мылом или шампунем. Втирают средство «Ниттифор» на 40 мин, и моют голову с мылом или шампунем («Педиллин»). Эмульсию бензилбензоата можно заменить 0,15% водной суспензией карбофоса, 5% шампунем метилацетофоса, 0,25% водной суспензией дикрезила, 10% водной мыльно-керосиновой суспензией. Крем-шампунь «НОК» (1% перметрин). Моют голову мылом, меняют нательное и постельное белье, дезинфицируют одежду и помещения. При явлениях импетигнизации местно применяют противомикробные и антисептические средства. Пиретрин или пиперонил-бутоксид на участки поражения, через 10 минут душ и смазывают участки поражения в течение 2-3 дней 5-10% серой ртутной или белой ртутной мазью или 25% эмульсией бензилбензоата, 15-20% серной мазью. Применяют спрей «Пакс», однократно; Лосьон «Скабикар», однократно, «Салюцид» (0,4% раствор перметрина с провитамином В ₅), однократно		
Профилактика	Соблюдение личной и общественной гигиены. Дезинфекция белья, одежды, помещений. Осмотр контактных лиц. Санитарно-противоэпидемические мероприятия, повышение санитарной культуры детского и взрослого населения		

МИКОЗЫ (грибковые заболевания)

М и к о з ы обусловлены патогенными грибами, относящимися к классу низших растений, образующих нити мицелия и споры, вызывающие у человека поражения кожи, ее придатков, а иногда внутренних органов. Патогенные грибы широко распространены в окружающей среде, отличаются значительной контагиозностью, передаются от человека человеку, человеку от животных и при контакте с предметами, содержащими элементы грибов. В значительной мере развитию микозов способствует состояние макроорганизма (наличие предрасполагающих заболеваний, санитарно-гигиенический режим труда и отдыха). Широкое применение антибиотиков, кортико-стероидов и других видов иммунодепрессивной терапии, тенденция к снижению общей иммунореактивности у населения способствуют учащению случаев и торпидному течению эпидермомикозов, кандидоза, в том числе их генерализованных форм (см. табл. 38-48).

В структуре кожной заболеваемости европейского региона дерматофитии и кандидозы занимают третье место (после пиодермий и дерматитов).

Возбудителями заболевания (по ботанической классификации) служат:

- низшие грибы (зигомицеты);
- высшие грибы (аскомицеты, деутеромицеты).

Резервуаром инфекции являются:

- больной человек (антропонозные микозы);
- больные животные (зооантропонозные микозы);
- почва (геофильные микозы).

Таблица 38. Классификация микозов

Группы микозов	Заболевания
Кератомикозы	Разноцветный лишай. Узловатая трихоспория (Пьедра)
Дерматофитии	Эпидермофития паховая. Эпидермофития стоп. Руброфития. Трихофития (антропонозная, зоонозная). Микроспория (антропонозная, зоонозная). Фавус
Кандидоз	Поверхностный. Хронический генерализованный. Висцеральный
Глубокие микозы	Кокцидиоидоз. Гистоплазмоз. Хромомикоз. Споротрихоз. Аспергиллез. Мукороз. Пенициллез. Цефалоспориоз. Кладоспориоз. Риноспориоз. Мицетома. Бластомикозы: криптококкоз; бластомикоз североамериканский; бластомикоз южноамериканский; бластомикоз келоидный
Псевдомикозы	Эритразма. Подкрыльцовый трихомикоз. Актиномикоз. Нокардиоз

КЕРАТОМИКОЗЫ

Таблица 39. Разноцветный (отрубевидный) лишай

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Относится к группе поверхностных микозов (кератомикозов). Грибы размножаются в роговом слое эпидермиса, воспалительные явления в глубоко лежащих слоях кожи не характерны
Возбудитель	<i>Malassezia</i> spp. (<i>Malassezia furfur</i> , <i>Pityrosporum ovale seu orbiculare</i> и др.) – условно патогенные липофильные микроорганизмы, образующие мицелиарную патогенную форму
Патогенез	Грибы <i>Malassezia</i> spp. паразитируют в роговом слое, однако преобладают в его верхней части, активно метаболизируя жиры кожной мантии. Грибы располагаются между кератиноцитами и интрацеллюлярно, нарушая их горизонтальное расположение, что проявляется шелушением кожи. Гифы грибов разрушают кератин клеточной стенки, вызывая отек клетки, её набухание, потерю органелл и кератина, тем самым, обеспечивая процесс роста мицелия (кератофилы). У лиц, страдающих иммунодефицитами, наблюдается более тяжелое течение заболевания (папулы, бляшки), что подтверждает концепцию нарушения клеточного звена иммунитета у пациентов с отрубевидным лишаем
Предрасполагающие факторы	Пониженное питание, повышенная потливость, себорея. Патология внутренних органов. Эндокринопатии. Применение оральных контрацептивов. Туберкулез. Лейшманиоз. Хронические инфекции. Вегетоневроз. Климат с высокой влажностью и повышенной температурой воздуха (тропики, субтропики). Гиповитаминоз, избыточный вес, световое голодание (в весенний период), Лица, занимающиеся спортом, тяжелым физическим трудом. ВИЧ-инфекция. Длительное применение кортикостероидов. Синдром Кушинга
Пути передачи	При наличии предрасполагающих факторов передается от больного человека через одежду, полотенца, постельное белье, шапки и другие предметы обихода
Течение	Хроническое, склонность к рецидивам
Излюбленная локализация	Кожа шеи, плеч, груди, спины, живота, затылочная область (резервуар инфекции)
Клиническая картина	Невоспалительные розоватые пятна, приобретающие быстро коричневатую окраску, характерно их отрубевидное шелушение. Пятна располагаются вокруг волосяных фолликулов (<u>волосы не поражаются</u>), склонны к периферическому росту, слиянию, напоминают эритематозно-сквамозные поражения, витилиго, лихеноидные высыпания. После воздействия УФО и лечения остается вторичная лейкодерма. У населения жарких стран (тропики, субтропики) могут поражаться лицо, паховые области, конечности. Зуд не характерен
Гистопатология	Воспалительная реакция в дерме, как правило, не определяется. В роговом слое и устьях волосяных фолликулов обнаруживается короткий мицелий и скопления крупных двухконтурных спор
Диагностика	Характерная клиническая картина. Поражения имеют цвет «кофе с молоком». Проба Бальзера – участки поражения более активно воспринимают спиртовой раствор йода и другие красители. Феномен стружки (симптом Бенье) – при поскабливании пятен обнаруживается их скрытое шелушение. В чешуйках из очагов, обработанных 10 % щелочью, при микроскопии выявляются элементы грибов (рис. 20). В лучах Вуда (люминесцентная лампа) выявляется желтовато-буроватое свечение очагов и невидимых ad oculum участков поражения. На среде Сабуро на 7-8-й день обнаруживается рост беловато-кремовой дрожжевой колонии с почкующимися клетками (рис. 20)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Дифференциальный диагноз	Лейкодерма II периода сифилиса, розовый лишай Жибера, вторичная лейкодерма при различных дерматозах (псориаз, микозы гладкой кожи, нумулярная экзема, склероатро-фический лишай и др. дерматозы), витилиго, пятнистые токсидермии, посттравматическая гипопигментация, гипер (гипо) меланоз Ито, гипопигментный и анемический невусы, недержание пигмента
Лечение	20 % эмульсия бензилбензоата (1 раз в день, в течение 3 дней). 5-10 % серная мазь, 5 % салициловая мазь, 3-5 % салицилово-резорциновый спирт (1 раз в день, в течение 3-5 дней). Эмульсия «Скабикар» (трехкратная обработка через 12 ч). Препараты, содержащие кетоконазол (низорал), итраконазол, тербинафин (ламизил) (кремы) 1 раз в день 2 недели. При распространенных формах – кетоконазол, итраконазол, тербинафин – внутрь 1 раз в день 5 дней. Курс общего УФО
Профилактика	Устранение потливости, сопутствующих заболеваний. Обследование и лечение членов семьи больного или находящихся в тесном бытовом контакте. Дезинфекция одежды, нательного и постельного белья. Применение салицилово-резорцинового спирта 3-5 % 1 раз в неделю. Для профилактики рецидивов заболевания применяют: <ul style="list-style-type: none"> ▪ 2% кетоконазол (шампунь), 2,5% сульфид селена (лосьон, шампунь), мыло с салициловой кислотой и серой, цинка пиритион (мыло или шампунь), 4-5% салицилово-резорциновый спирт – 1-2 раза в неделю; ▪ 50% пропиленгликоль (водный р-р) – 1 раз в месяц. В весенний период показано назначение поливитаминных препаратов и общего УФО. Шампунь «Низорал». Поливитамины, общее УФО в весенний период (III и IV типы кожи)

Таблица 40. Эритразма (поверхностный псевдомикоз)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Относится к группе поверхностных псевдомикозов. Хроническое бактериальное поражение крупных складок, склонное к рецидивам
Возбудитель	<i>Corynebacterium minutissimum</i> (fluorescens erythrasmae) – сапрофит кожи человека
Эпидемиология	Предполагается начальное внедрение возбудителя из почвы в межпальцевые складки стоп человека, затем его распространение на крупные складки. Заболевание малокоонтагиозно
Факторы риска	Повышенная потливость. Избыточный вес Изменение химизма пота. Сахарный диабет. Влажный климат, высокая температура воздуха. Длительное пребывание кожи человека под водонепроницаемой одеждой или повязкой
Локализация поражений	Складки: пахово-бедренные, подмышечные, под молочными железами, живота, вокруг пупка и заднего прохода, редко межпальцевые стоп
Характеристики сыпи	Невоспалительные, вначале точечного характера пятна коричневатого или кирпично-красного цвета, иногда шелушащиеся, затем сливающиеся в крупные очаги фестончатых очертаний с резкими границами. Субъективные ощущения отсутствуют
Диагностика	Проводится на основании клинической картины. В лучах Вуда характерное кораллово-красное свечение. При микроскопии чешуек из очагов (специально обработанных) обнаруживаются тонкие извилистые нити мицелия, кокковидные зернистые клетки, характерные «булавы». На агаре (кровяной, со средой 199) рост кожистых колоний. В мазках: грамположительные изогнутые коринебактерии
Патогистология	Разрыхление верхней части рогового слоя, явления неравномерно выраженного гранулеза, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Дифференциальный диагноз	Стертые формы руброфитии, паховой эпидермофитии. Кандидоз складок, интритриго, отрубевидный лишай. Себорейная экзема. Мелкоточечный кератоз. Псориаз
Лечение	2,5% бензоилпероксид – 1 раз/день 7 суток. 5 % эритромициновая мазь 2 раза в день в течение 7 дней. 3 % салициловый спирт 1 раз в день в течение недели. 2 % спиртовой раствор йода 1 раз в день в течение недели. При распространенных формах – эритромицин внутрь в обычных дозировках в течение недели
Профилактика	Уменьшение потливости, избыточного веса. Присыпки с борной кислотой. 3 % салициловый спирт. Личная гигиена. Дезинфицирующие мыла. Дезинфекция белья, обуви. Консультация эндокринолога, невропатолога

ДЕРМАТОФИТИИ

Таблица 41. Дерматофитии (общие сведения)

Общая характеристика	Возбудители – нитчатые грибы, которые поражают эпидермис, придатки кожи, вызывают воспалительную реакцию дермы. Отличаются высокой контагиозностью. Распространены повсеместно. Favus в Белоруссии не встречается							
Клинические формы	Эпидермофития паховая	Эпидермофития стоп	Руброфития	Трихофития		Микроспория		Фавус
				антропонозная	зоонозная	антропонозная	зоонозная	антропонозный
Виды грибов-возбудителей	Epidermophyton floccosum	Trichophyton mentagrophytes	Trichophyton rubrum	Trichophyton tonsurans	Trichophyton mentagrophytes	Microsporum audouinii	Microsporum canis	Trichophyton schoenleinii
Источник заражения человека	Человек	Человек	Человек	Человек	Телята, мышевидные грызуны	Человек	Котята, кошки, собаки	Человек
Профилактика	Устранение факторов риска: лечение нарушений трофики нижних конечностей, потер-тостей и потливости стоп и складок, нервных и эндокрин-ных дисфункций, нарушений иммунитета и обменных процессов. Дезинфекция бань, душевых, предметов общего пользо-вания (мочалки, клеенки, термометры и др.), соблюдение личной гигиены			Осмотр контактов	Ветеринарный надзор	Осмотр контактов (заболевание весьма контагиозно)	Отлов бродячих кошек и собак	Осмотр контактов
				Санитарно-просветительная работа				

Таблица 42. Эпидермофития

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов				
Общая характеристика	Вызывается грибами Epidermophyton, поражающими крупные складки, стопы, ногти стоп. Этиологический фактор 5-10% микозов стоп у жителей городов и у 40-50% жителей сельской местности. Инкубационный период не установлен				
Факторы риска	Повышенное потоотделение. Нарушения углеводного обмена. Повышенная температура и влажность окружающей среды. Непосредственный контакт с больным и предметами его обихода, общие бани. Отсутствие дезинфекционных мероприятий. Гипергидроз стоп, плоскостопие, плохой уход за ногтями, тесная и резиновая обувь. Опре-лости, микротравмы, потертости. Нарушения тонуса сосудов нижних конечностей. Дисфункция нервной, эндокринной, иммунной систем				
Клинические разновидности Возбудитель:	Эпидермофития паховая, туловища (Tinea cruris, corporis) Epidermophyton floccosum	Эпидермофития стоп (Tinea pedis) Trichophyton interdigitale			
		стертая	интертригинозная	дисгидротическая	ногтей (онихомикоз)
Излюбленная локализация	Кожа паховых складок, межъягодичная область, под молочными железами, подкрыльцовые ямки	III-IV межпальцевые складки	III-IV межпальцевые складки	Свод стоп	I и V пальцы стоп (рис. 21)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов				
Клинические симптомы	Островоспалительные ограниченные пятна, округлой формы, со сплошным периферическим валиком, пузырьками, мелкими пустулами, эрозиями, корочками, чешуйками	Шелушение	Мацерация, отслойка рогового слоя	Пузырьки, пузыри с плотной крышкой («саговые зерна»), эрозии	Грязно-желтый цвет, подногтевой гиперкератоз 1) латеральный онихомикоз 2) проксимальный 3) белый поверхностный 4) тотально-дистрофический
Субъективные ощущения	Зуд	Возможен легкий зуд	Зуд	Зуд	Некоторая болезненность
Лабораторная диагностика	При микроскопии чешуек, крышечек пузырей, соскобов ногтей выявляют септированный или артрострофовый мицелий. Материал для обследования предварительно обрабатывают 10-20% раствором калия гидроксида (см. рис 20). Проводят культуральную диагностику (посев на среду Сабуро)				
Осложнения	Экзематизация Импетигинизация	Переход в интертригиозную и дисгидротическую формы Онихомикоз	Эпидермофитиды (микиды) Рожа Лимфангоит Лимфаденит		
Гистопатология	Сквамозная форма: акантоз, гиперкератоз. Дисгидротическая форма: выраженный акантоз, гиперкератоз, очаговый паракератоз, межклеточный отек в мальпигиевом слое, пузырьки, экзоцитоз, в дерме отек, околосоудистая инфильтрация лимфоцитами, гистиоцитами, фибробластами, нейтрофилами				
Дифференциальный диагноз	Руброфития. Кандидоз складок и опрелость. Эритразма. Пиодермии	Руброфития. Кандидоз складок. Опрелость. Эритразма. Пиодермии			Кандидоз. Псориаз. Дистрофии и травмы ногтей
Лечение	Антигистаминные, десенсибилизирующие средства. Местно: примочки с 0,25 % нитратом серебра, 1 % резорцином в течение 1-3 дней; затем 1 % раствор йода, 3-5 % серно-дегтярная или серно-салициловая мази, официальные анти-микотики в течение 2 нед.	2 % йод; нитрофунгин, ундецин, микосептин	2 % йод; нитрофунгин, ундецин, микоспор, клотримазол, ламизил, итраконазол При осложнениях: орунгал (200 мг), тербинафин (250 мг) в течение 5-7 дней	Гипосенсибилизирующая терапия. Примочки или пасты; затем отслаивающие мази, лаки Фунгицидные средства	Per os ламизил, итраконазол, кетоконазол не менее 4 месяцев, или местно Мази – батрафен, травоген, пимафуцин; лаки – батрафен, лоцерил. Подчистка ногтей
	При хронических упорных формах эпидермофитии стоп, складок назначают курс пероральных противогрибковых антибиотиков в течение 2 недель				

Таблица 43. Руброфития

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
1	2		
Общая характеристика	Вызывается красным трихофитом (<i>Trichophyton rubrum</i>), который является наиболее частой причиной микозов стоп (90%). Поражает стопы, гладкую кожу (туловище, конечности, лицо, шея, волосистая часть головы), ногти стоп и кистей (рис. 21), пушковые волосы. Протекает хронически с обострениями, может принимать генерализованный характер и напоминать проявления различных дерматозов. Инкубационный период не установлен		
Факторы риска	Повышенная потливость или сухость кожи стоп. Недостаточная гигиена стоп и их травматизация обувью, посещение общих бань. Эндокринопатии, иммунодефициты, обменные нарушения. Применение кортикостероидов, цитостатиков, антибиотиков		
Клинические разновидности	<u>Стоп и кистей</u> (<i>Tinea pedis et manuum</i>): - сквамозно-гиперкератотическая; - интертригинозная; - дисгидротическая	<u>Гладкой кожи, складок, волосистой части головы</u> (<i>Tinea corporis, capitis</i>): - эритематозно-сквамозная; - фолликулярно-узелковая; - инфильтративно-нагноительная; - волосистой части головы Цельса	<u>Ногтей (онихомикоз)</u> (<i>Tinea unguis</i>): - нормотрофический - гипертрофический - атрофический <u>По форме поражения ногтевой пластины:</u> - дистально-латеральная (1) - поверхностная белая (2) - проксимальная (3) - тотально-дистрофическая (4)
Излюбленная локализация	Стопы, кисти	Голени, крупные складки, др. участки кожного покрова	Кисти, стопы
Клинические симптомы	Сквамозно-гиперкератотическая форма: Муковидное шелушение. Диффузная застойная гиперемия. Сухость кожи. Узелки, пузырьки, корочки. Интертригинозная форма: межпальцевые трещинки; застойная гиперемия; Небольшая инфильтрация, узелки, пузырьки. При дисгидротической форме – пузырьки, эрозии, мокнутие	Эритематозно-сквамозные крупные фестончатые пятна бурой окраски с периферическим красновато-синюшным валиком из мелких пузырьков и корочек, выражено шелушение. На ягодицах и голенях поражение напоминает узелково-узловатую или индуративную эритему, папулонекротический туберкулез, на лице – красную волчанку, другие дерматозы	Желтый или грязно-серый цвет, утолщение ногтевых пластинок (1). Отслоение и ломкость. Легко крошатся. Онихолизис. Поверхностные изменения в ногте (2). Разрушение пластинок до ногтевого валика. Разрушение у основания ногтя (3), поражается большинство или все ногтевые пластинки (4). (см. рис. 21)
Субъективные ощущения	Легкий зуд	Зуд	Некоторая болезненность
Лабораторная диагностика	Обнаружение септированных нитей мицелия и артростор гриба при микроскопии в чешуйках, соскобах ногтей. Культуральная диагностика		
Осложнения	Лимфангиты, лимфадениты, аллергиды (микиды), экзематизация. Генерализация		
Гистопатология	Явления акантоза в эпидермисе, гиперкератоз, умеренная периваскулярная инфильтрация дермы лимфоидными клетками, фибробластами, гистиоцитами		
Дифференциальный диагноз	Эпидермофития. Трихофитии. Кандидоз. Псориаз. Красная волчанка. Сикоз (лицо). Узловатые дерматозы (генерализованная форма). Роговая экзема. Кератодермии. Врожденные кератодермии.		

	Медикаментозный дерматит, токсидермии. Сосудистые нарушения нижних конечностей, гипергидроз		
Общее лечение	Перорально: кетоконазол, итраконазол, тербинафин в течение 2-3 недель при поражении стоп, кистей, складок, гладкой кожи; при онихомикозах в течение 2-4 месяцев и более (см. табл. 48). Иммуностропные (декарис, метилурацил, пентоксил) и биостимулирующие средства, пирогенные препараты. Сосудорасширяющие средства (препараты никотиновой кислоты, теоникол). Аутогемотерапия. Витамины А, Е		
Местное лечение	Отслойка и удаление рогового слоя. Фунгицидные средства	Кератолитические и фунгицидные средства	Лечение онихомикозов (см.«Лечение эпидермофитии»)

Таблица 44. Трихофития

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Общая характеристика	Вызывается различными видами грибов Trichophyton, которые поражают волосистую часть головы (Tinea capitis), гладкую кожу (Tinea corporis), ногти (Tinea unguim) – хроническая трихофития). В настоящее время встречается преимущественно у детей в виде поверхностной формы (весьма контагиозна) и у лиц, ухаживающих за животными (инфильтративно-нагноительная форма)		
Факторы риска	Травмы рогового слоя. Повышение температуры тела. Повышенная влажность окружающей среды. Эндокринопатии. Снижение общей иммунной реактивности организма		
Разновидности клинических форм	Поверхностная	Хроническая взрослых	Инфильтративно-нагноительная
Виды грибов-возбудителей	Trichophyton tonsurans (endothrix)	Trichophyton tonsurans (endothrix)	Trichophyton mentagrophytes (ectothrix)
Источник заражения человека	Человек, инфицированные предметы	Человек, инфицированные предметы	Крупный рогатый скот, мышевидные грызуны, редко – человек
Локализация и клинические симптомы	Волосистая часть головы – мелкие круглые очаги шелушения, волосы обломаны на высоте 1-2 мм. Удаленные волосы имеют вид крючков, запятых. Гладкая кожа – кольцевидные эритематозно-сквамозные очаги с пузырьками и корками	Волосистая часть головы – «черные точки», чешуйки, атрофические рубчики. Гладкая кожа – эритематозно-сквамозные пятна. Ногти – серо-белый цвет, подногтевой гиперкератоз, ломкость. (см. Онихомикоз – рубромикоз)	Волосистая часть головы – «кериян Цельса», рубец, рубцовая алопеция. Волосистая часть лица – паразитарный сикоз, рубец. Гладкая кожа – фурункулоподобный инфильтрат, нагноение, рубец
Субъективные ощущения	Небольшой зуд	Небольшой зуд	Боль
Гистопатология	При поверхностных формах – спонгиоз, явления гиперкератоза, микроабсцессы в эпидермисе с элементами гриба, реже в дерме. При инфильтративно-нагноительной форме – внутрифолликулярные абсцессы и перифолликулиты из нейтрофилов и эозинофильных гранулоцитов, встречаются гигантские клетки, выпячивание абсцессов грануляционной тканью с эпителиоидными гигантскими клетками. Выявляются грибы в эпидермисе и гранулемах		
Возможный исход	Самоизлечение к периоду полового созревания. Рост волос восстанавливается	Длительное течение. Возникновение глубоких форм заболевания с лимфаденитами. Девочки и женщины являются источниками поверхностной трихофитии	Частичная гибель волосных фолликулов. Самоизлечение в течение 2-3 месяцев с образованием рубца

Дифференциальный диагноз	Микроспория. Руброфития. Фавус. Себорейная экзема. Эпидермофития. Розовый лишай		Вульгарный сикоз и рубромикоз лица. Фурункул. Рожистое воспаление. Эризипеллоид. Целлюлит. Глубокие микозы
Данные микроскопии патологического материала	Цепочки спор в волосе	Цепочки спор в волосе	Цепочки спор снаружи волоса
Данные культурального исследования	Посев материала на среду Сабуро и выделение культуры возбудителя		
Общее лечение	Гризеофульвин, кетоконазол, итраконазол, тербинафин (см. табл. 48). Поливитамины		
Местное лечение	Бритье волос. Фунгицидные средства. Фунгицидная терапия ногтевого ложа (хроническая трихофития)		Ихтиоловая мазь, линимент по Вишневскому, 3-5 % йод, фунгицидные средства
Профилактика	Ветнадзор. Санитарно-просветительная работа среди населения		

Таблица 45. Микроспория

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Общая характеристика	Наиболее распространенное грибковое заболевание у детей, обусловленное грибами рода <i>Microsporum</i> (М). Протекает с поражением волосистой части головы и гладкой кожи; поражение ногтей встречается очень редко. Может принимать характер эпидемических вспышек. Инкубационный период длится 4-6 недель. В настоящее время встречается достаточно часто. Заражение происходит от кошек, собак, через предметы, содержащие элементы гриба (зоонозная форма). Антропонозная форма, вызываемая ржавым микроспорумом, встречается редко		
Факторы риска	Гиповитаминозы. Иммунные нарушения. Микротравмы. Повышенная влажность и температура окружающей среды. Инфекция (хронический тонзиллит, ОРВИ, ОРЗ). Несоблюдение правил общественной и личной гигиены		
Клинические разновидности	Зоонозная (<i>M. canis</i>)		Антропонозная (<i>M. ferrugineum</i>)
Локализация процесса у человека	Волосистая часть головы	Гладкая кожа	Волосистая часть головы
Клинические симптомы	Резко ограниченные круглые шелушащиеся очаги. Волосы обломаны на высоте 4-8 мм и покрыты «чехлами» из спор. Известен как «стригущий лишай» (см. рис. 22)	Кольцевидные эритематозно-сквамозные очаги с пузырьками и корочками	Очаги без резких границ. Волосы обломаны на разной высоте. Фолликулярный кератоз
Лабораторная диагностика	При микроскопии материала из очагов – споры в виде мозаики снаружи волоса, поражение волоса по типу <i>Microsporum ectothrix</i> , в чешуйках кожи – мицелий. Культуральная диагностика		
Люминесцентная диагностика	Зеленоватое свечение пораженных волос в лучах Вуда (волосы перед исследованием должны быть вымыты)		
Гистопатология	Волосистая часть головы: лейкоцитарная инфильтрация волосяных фолликулов. Гладкая кожа: акантоз, спонгиоз		
Дифференциальный диагноз	Определение разновидности микроспории. Трихофития. Фавус. Себорейная экзема. Рубромикоз гладкой кожи и волосистой части головы. Розовый лишай. Экзематиды		
Возможный исход	Без лечения протекает длительно. К периоду полового созревания наступает самоизлечение. Рост волос восстанавливается		

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Лечение	Противогрибковые антибиотики назначаются внутрь у больных с поражением волосистой части головы и с множественными очагами на коже (более 3). Гризеофульвин, кетоконазол, итраконазол, ламизил внутрь (см. схемы лечения – табл. 48). Поливитамины. Местно: фунгицидные средства, бритье волос через 4-7 дней
Профилактика	Изоляция и лечение больных. Плановые осмотры в детских коллективах. При возникновении заболевания карантин на 6 недель. Проведение дезинфекции. Общественная и личная гигиена. Санитарно-просветительная работа

Таблица 46. Фавус (парша)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Общая характеристика	Хронический микоз кожи, волос, ногтей, иногда внутренних органов. Кожные проявления сопровождаются образованием охряных корок и развитием в этих участках рубцовой атрофии	
Возбудитель	Антропофильный трихофит <i>Trichophyton schoenleinii</i>	
Эпидемиология	Источник заражения – больной человек, его одежда и головные уборы. Заболевание малоконтагиозно. Характерны семейно-бытовые очаги. Чаще болеют лица женского пола	
Факторы риска	Эндокринопатии, иммунодефициты, гиповитаминозы, хронические заболевания, интоксикации. Низкий социально-бытовой уровень жизни	
Инкубационный период	2-3 недели	
Клинические формы	Волосистой части головы. Гладкой кожи	Ногтей. Внутренних органов
Кожные формы	Типичная (скутулярная). Атипичные: - сквамозная; - импетигиозная; - инфильтративно-нагноительная; - алопециевидная; - гранулематозная	
Клиника типичной скутулярной формы	На волосистой части головы и гладкой коже появляются эритематозно-сквамозные пятна, которые превращаются в инфильтрат с желтой пустулой в центре, увеличивающийся по периферии, с приподнятыми краями, имеющий вид перевернутого блюдца («щитка-скутулы»). Слияясь, скутулы образуют грязно-серые, охряно-зеленоватые корки. Характерен мышиный («амбарный») запах. Волосы тускнеют, истончаются, напоминают пучки пакли («париковый вид»), не обламываются и выпадают с образованием рубцовой атрофии и атрофии фолликулярного аппарата. Развивается стойкая алопеция волосистой части головы с сохранением краевой зоны волос	
Клиника атипичных форм: Сквамозная форма Импетигиозная форма Инфильтративно-нагноительная Алопециевидная	Точечные скутулы с псориазиформными или мелкими чешуйками, образующие слоистые грязно-желтоватые корки, пронизанные тусклыми волосами. Встречается у детей и сопровождается пиококковыми элементами. Напоминает керион при зоонозной трихофитии (необходима культуральная диагностика). Встречается редко. Напоминает клиническую картину гнездной плешивости	
Поражение ногтей	Явления подногтевого гиперкератоза, онихолизиса, разрушение пластинок. В толще ногтя обнаруживается желтоватое пятно (скутула), приобретающее грязноватый цвет	
Лабораторная диагностика	При микроскопии корня волоса выявляются артроспоры, септированный мицелий, пузырьки воздуха. Культуральное исследование	
Дифференциальный диагноз	При поражении волосистой части головы: трихофития, микроспория, эритематоз. Гладкой кожи: псориаз, экзема, импетиго. Ногтей: трихофития, руброфития, кандидоз	

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Лечение	<p>Бритье волос. Удаление скутул 2-3 % салициловой мазью. Гризеофульвин, кетоконазол, итраконазол, тербинафин внутрь, поливитамины 1,5 мес. Иммуностимулирующая терапия. Йодно-мазевое лечение. Кремы, мази, лосьоны, содержащие антимикотики и кератолитические средства (салициловая кислота, молочная кислота и др.)</p>
Профилактика	<p>Контроль за очагами фавозной инфекции ежемесячно (первый квартал), затем ежегодно в течение 5 лет. При отсутствии заболевших в очаге за этот период реконвалесценты снимаются с учета. Текущая и заключительная дезинфекция в очаге</p>

КАНДИДОЗ

Таблица 47. Поверхностный кандидоз слизистых, кожи, ногтей

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов				
Общая характеристика	Вызывается дрожжеподобными сапрофитными грибами рода <i>Candida</i> . Чаще болеют дети и пожилые. Возникновению кандидоза способствуют различные заболевания, снижающие иммунобиологическую реактивность. Грибы рода <i>Candida</i> , представители аутофлоры ротоглотки, ЖКТ, влагалища (до 30% женщин), но не сапрофиты кожи				
Факторы риска	Контакт с больными кандидозом. Повышенная влажность и температура окружающей среды. Контакт человека с гниющими овощами, фруктами, ягодами. Ежедневные уборки полов без защиты кистей. Хронические инфекции (пневмония, туберкулез и др.), неоплазмы. Обменные нарушения Гиповитаминозы. Вегетодистонии. Применение антибиотиков, кортикостероидов, цитостатиков, лучевой терапии. Эндокринопатии (сахарный диабет и др.). Иммунодефицитные состояния. СПИД				
Патогенез	На фоне эндогенных нарушений и неблагоприятных экзогенных факторов сапрофитные дрожжеподобные грибы приобретают патогенные свойства за счет интенсивного размножения бластоспор, почкующихся клеток и псевдомицелия. Клетки гриба инвазируют эпителий кожи человека, его разрушают, стимулируя продукцию различных антител. Образуют альдегиды – токсические продукты своего обмена. Их общетоксическое действие наиболее выражено при кандидозе толстого кишечника и др. системных поражениях этими грибами. Важное значение в возникновении хронических форм кандидоза, особенно генерализованных и висцеральных, играет недостаточность иммунной защиты: Т-клеточный дефицит, отсутствие или резкое снижение антикандидозного IgA, нарушение способности нейтрофилов и макрофагов фагоцитировать и разрушать дрожжеподобные грибы. Система иммунитета наиболее подвержена этим изменениям на фоне эндокринных дисфункций (гипотиреоз, сахарный диабет, гипопаратиреоз). В большинстве случаев кандидоз представляет собой аутоинфекционный процесс. В части случаев заражение происходит от больных лиц при генитальных контактах, а новорожденных – во время родов от больной матери				
Клинические разновидности	Молочница (soor)	Заеда (ангулит)	Межпальцевая эрозия	Кандидоз крупных складок, гладкой кожи	Онихия Паронихия
Излюбленная локализация	Слизистая оболочка рта, гениталий (рис. 23)	Угол рта	Между III-IV пальцами кисти	Подмышечные, паховые, межъягодичная	Пальцы кистей, стоп
Клинические симптомы	Кандидозный стоматит: -псевдомембранозный налет (снимается); -атрофический; -лейкоплакия (налет не снимается). Вульвовагинит, баланопостит. Гиперемия, белый налет, возможны пустулы, кровоточащие эрозии, индурация головки и препуциума	Белый налет, эрозия с инфильтрацией	Мацерация рогового слоя. Эрозия темно-красного цвета, набухший белесоватый эпидермис по периферии, эрозии	Мацерация рогового слоя. Эрозия вишнево-красного цвета, бордюр белесоватого эпидермиса у лежачих пациентов. Больные с фолликулитами (микроскопия, посев)	Инфильтрация, гиперемия ногтевого валика, при надавливании капля гноя. Отсутствие эпонихия. Буро-серый цвет и лом-кость ногтевой пластинки
Субъективные ощущения	Болезненность, зуд (гениталии)	Боль	Зуд, боль	Зуд, боль	Боль

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов				
Лабораторная диагностика	При микроскопии – в патологическом материале из очагов поражения с КОН+ наблюдаются почкующиеся дрожжевые клетки (скопления и ветвящиеся нити псевдомицелия). Культуральное исследование (положительный результат в случае роста более 1000 колоний на 1 г материала). Газожидкостная хроматография стенки Candida spp. (Д-манноза, арабинитол). ПЦР на Candida spp. в материале. Важные функциональные и серологические исследования органов (предстательная железа, щитовидная железа, надпочечники, гормоны головного мозга). Вирусные инфекции (ВИЧ, гепатиты и др.)				
Гистопатология	При поверхностных формах – межклеточный отек эпидермиса, экзоцитоз с выявлением возбудителя в роговом слое, в дерме воспалительный инфильтрат. При гранулематозной форме – гранулема с гигантскими клетками, микроабсцессы из нейтрофилов				
Дифференциальный диагноз	Афтозный стоматит, специфические и неспецифические поражения гениталий	Пиококковая заеда. Щелевидный шанкр, эрозивные папулы вторичного периода сифилиса. Глистная инвазия	Простой и контактный аллергический дерматиты. Экзема. Рубромикоз	Эпидермофития. Рубромикоз. Опрелость. Дерматит	Пиококковые поражения Псориаз Экзема
Общее лечение	Устранение факторов риска. Нистатин, леворин, флуконазол (дифлюкан), кетоконазол – 7-28 дней, (см. табл. 48), эубиотики. Витамины группы В, поливитамины				
Средства местной терапии	20 % бура в глицерине. Жидкость Кастеллани, фукорцин, тимоловый и резорциновый спирт. Нистатиновая, левориновая, риюдоксоловая, декаминовая мази. Пимафуцин, пимафукорт, тридерм, дермозолон, лоринден С. Ламизил, канестен, низорал. При поражении слизистой рта: декаминовые карамели для рассасывания, аэрозоль, содержащий декамин. При вагинальном кандидозе: свечи, шарики, содержащие канестен, гиналгин и др.				
Профилактика	Назначение леворина, нистатина, кетоконазола, эубиотиков при лечении антибиотиками, цитостатиками, кортикостероидами. Терапия сопутствующих заболеваний. Дезинфекция белья и посуды. Механизация и автоматизация плодовоовощных производств				

Таблица 48. Схемы применения противогрибковых антибиотиков при дерматофитиях и кандидозе

Препарат	Показания, схемы применения
Гризеофульвин	<u>Дерматомикоз волосистой части головы у детей</u> 20 мг/кг/сут (ежедневно) в 3 приема с 1 чайной ложкой растительного масла. До первого отрицательного анализа на грибы (15-25 дней), затем в течение двух недель через день и далее 2 раза в неделю до разрешения клинических проявлений и трех отрицательных анализов на грибы с интервалом 5-7 дней. Оказывает фунгистатическое действие, угнетая синтез белков клеточной стенки грибов. Возможна головная боль, диспепсия, дисбактериоз, боли в сердце, редко – лейкопения. Контроль анализов крови и мочи 1 раз в 7-10 дней
Тербинафин (ламизил)	3-6 мг/кг (ежедневно) 1 раз в сутки 4 недели. Подавляет активность скваленэпоксидазы грибов. Возможны дисфункции ЖКТ (3,5%), сыпь (1%), не гепатотоксичен
Итраконазол (орунгал)	3-5 мг/кг (ежедневно) 30 дней. Ингибирует синтез эргостерола клеточной мембраны грибов. Возможны дисфункции ЖКТ (9%), головная боль, головокружение (6%), сонливость, повышение АД (3%), гепатотоксичность (3%)
Тербинафин (ламизил)	<u>Онихомикоз стоп</u> Детям: 3-5 мг/кг 1 раз в сутки. Взрослым: 125 мг (ежедневно) 2 раза в сутки; 250 мг 1 раз в сутки, 12 недель (пульс-терапия); 500 мг в день (ежедневно) 1 неделя в месяц в течение 4 месяцев
Итраконазол (орунгал)	200 мг в день (ежедневно) в течение 4 месяцев (пульс-терапия); Взрослым: 400 мг в день 1 неделя в месяц в течение 4 месяцев
Кетоконазол (низорал)	Взрослым: 200 мг 1 раз в сутки (ежедневно) в течение 3-12 мес. до клинического и микологического выздоровления. Ингибирует синтез эргостерола клеточной мембраны грибов. Активен в отношении стафилококков и стрептококков. Возможны тошнота, рвота (3%), боль в животе (1%), головная боль, фотофобия, сыпь, диарея, гепатотоксичность (меньше 1%), гинекомастия (3-8%), снижение либидо (1%), зуд, парестезии. Не применяют при беременности
Тербинафин (ламизил)	<u>Онихомикоз кистей</u> Детям: 3-5 мг/кг 1 раз в сутки (ежедневно). Взрослым: 125 мг 2 раза в сутки (ежедневно), 250 мг 1 раз в сутки в течение 6 недель; 500 мг в день (ежедневно) 1 неделя в месяц в течение 2 месяцев (пульс-терапия)
Итраконазол (орунгал)	Взрослым: 200 мг в день (ежедневно) 2 месяца; 400 мг в день (ежедневно) 1 неделя в месяц в течение 2 месяцев (пульс-терапия)
Кетоконазол (низорал)	Взрослым: 200 мг 1 раз в сутки (ежедневно) в течение 3-6 месяцев до клинического и микологического выздоровления
Тербинафин (ламизил)	<u>Хронические дерматофитии стоп, кистей и складок</u> Детям: 3-5 мг/кг 1 раз в сутки (ежедневно). Взрослым: 125 мг 2 раза в сутки (ежедневно), 250 мг 1 раз в сутки (ежедневно) в течение 2 недель
Итраконазол (орунгал)	Взрослым: 200 мг в день (ежедневно) в течение 2 недель
Кетоконазол (низорал)	Взрослым: 200 мг 1 раз в сутки (ежедневно) в течение 2-8 недель
Флюконазол (дифлюкан)	<u>Поверхностный кандидоз слизистых, кожи, ногтей</u> Взрослым: 50-100 мг 1 раз в сутки (ежедневно) 7-14 дней. Специфически ингибирует синтез грибковых стеролов, активен в отношении микроспоруума. Не обладает гепатотоксичностью, возможно применение у беременных. Побочные эффекты: тошнота, головная боль, боль в животе, рвота, диарея, кожная сыпь (1,5-3,7%)

Тербинафин (ламизил)	<u>Кандидоз слизистой рта, миндалин, глотки</u> Взрослым: 250 мг в день в течение 4 недель
Флюконазол (дифлюкан)	<u>Вагинальный кандидоз, первый эпизод</u> 150 мг однократно внутрь
Флюконазол (дифлюкан)	<u>Кандидоз ротоглотки, пищевода, влагалища при СПИД</u> 200 мг внутрь в первые сут., далее 100 мг/сут. до улучшения (3-4 сут.), далее 100 мг 1 р/нед
Амфотерицин В (полиеновый антибиотик)	<u>Кандидоз, хронические и гранулематозные формы</u> 0,6 мг/кг/сут внутривенно в течение 7 суток, далее 0,8 мг/кг внутривенно через день до выраженного улучшения. Вводят в 400 мл 5 % глюкозы внутривенно капельно 1 раз в сутки в течение 4-6 ч. Побочные явления: тошнота, рвота, диарея, озноб, температура, изменения ЭКГ, электролитного баланса
Амфоглюкамин (полиеновый антибиотик)	Взрослым: 200 000 ЕД 2 раза в сутки, увеличивать дозу до 500 000 ЕД 2 раза в день при недостаточном эффекте. Детям: 2 раза в день (после еды): в возрасте до 2 лет – 25 000 ЕД, 2-6 лет – 100 000 ЕД; 6-9 лет – 150 000 ЕД. Курс лечения до 3-4 недель. Менее токсичен, чем амфотерицин В. Применяется per os. Побочные явления - см. амфотерицин В
Микогептин (полиеновый антибиотик)	0,25 г (250 000 ЕД) 2 раза в сутки в течение 10-14 дней. Более эффективен, чем амфоглюкамин. Побочные явления: нарушение функции почек, ЖКТ, диспепсия; появление протеинурии – показание к прекращению лечения до исчезновения этого явления
Нистатин (полиеновый антибиотик)	Взрослым: 500 000 ЕД 3-4 раза в день или 250 000 ЕД 6-8 раз в день. Детям: до 1 года – 100 000-125 000 ЕД; от 1 до 3 лет – по 250 000 ЕД 3-4 раза в день; старше 13 лет – от 100 000 до 1 500 000 ЕД в день в 4 приема в течение 10-14 дней. Побочные явления: тошнота, рвота, диарея, повышение температуры, озноб
Леворин (полиеновый антибиотик)	Взрослым: 500 000 ЕД 2-4 раза в день. Детям: 250 000 ЕД в виде суспензии; к содержимому флакона (2 000 000 или 4 000 000 ЕД) добавить прокипяченную охлажденную воду до метки на флаконе. Одна чайная ложка (5 мл) содержит 100 000 ЕД. Курс – 10-14 дней. В некоторых случаях оказывает действие при клинической неэффективности нистатина. Побочные явления: тошнота, рвота, кожный зуд, дерматит, послабление стула
Кетоконазол (низорал)	<u>Хронический слизисто-кожный кандидоз с поражением внутренних органов</u> Взрослым: 400 мг/сут (ежедневно) однократно во время еды в течение 3-9 месяцев
Флюконазол (дифлюкан)	Первый день 400 мг в/в, капельно, далее по 200-400 мг/сут. в зависимости от клинического эффекта. Профилактическая доза – внутрь 50 мг/сут., длительно

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ МИКОЗОВ

Наружное лечение грибковых инфекций проводят с помощью препаратов, содержащих ундециленовую кислоту и ундециленаты (цинкундан, ундецин, микосептин), производные имидазола (клотримазол, миконазол, кетоконазол, микоспор), другие химические соединения: ламизил, экзодерил, лоцерил, травоген, хинофунгин, нитрофунгин, октицил, полиеновый антибиотик натамицин (пимафуцин).

Лечение микозов (онихомикозов) осуществляют также наружными средствами в виде мазей, паст, пластырей, лаков, растворов, лосьонов, присыпок, в состав которых входят салициловая, бензойная, молочная, уксусная, борная кислоты, резорцин, сера, танин, деготь, хинозол, йод, ихтиол, формалин, гексаметилентетрамин, анилиновые красители, фукорцин, жидкость Каstellани, для эпиляций при трихомикозе применяют эпилиновый пластырь (табл. 49).

Действие. Фунгистатическое, фунгицидное, кератолитическое, противовоспалительное.

Показания. Эпидермофития, рубромикоз, онихомикозы, трихомикозы, отрубевидный лишай.

Методика применения. Приведена в сигнатуре к рецептам (см. табл. 49).

Таблица 49. Рецепты наружных средств, применяемых для лечения дерматофитий и их профилактики

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
154	Ung. Zincundatum 30,0 D.S. Втирать в очаги 2 раза в день	Действующие вещества: ундециленовая кислота и ее цинковая соль
155	Ung. Undecinum 25,0 D.S. Втирать в очаги 2 раза в день	Действующие вещества: ундециленовая кислота и ундециленат меди
156	Ung. Mycoseptin 30,0 D.S. Применяется в виде втираний в очаги 2 раза в день	Действующие вещества: ундециленовая кислота и ее цинковая соль
157	Ung. Octicylum 50,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Применяется также 1% спиртовой раствор октицила
158	Ung. Clotrimasoli 1 % 20,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2-3 раза в день	Синоним: Канестен. Выпускается также в виде 1% раствора по 15 мл
159	Creporis Pimafucin 30,0 D.S. Смазывать участки поражения 1-3 раза в день	Активное вещество: натамицин. Выпускается также в виде раствора по 20 мл
160	Aerosoli Miconazol №1 D.S. Для орошения участков поражения 1-2 раза в день	Активное вещество: дактарин. Антимикотик из группы производных имидазола
161	Ung. Mycospor 25,0 D.S. Смазывать кожу 2 раза в день	Активное вещество: бифоназол. Выпускается также в виде аэрозоля, геля, пудры
162	Ung. Ketoconazoli 2% 30,0 D.S. Наносить на очаги 1 раз в день	Антимикотик из группы производных имидазольных
163	Shampoo Nizoral 60 ml D.S. Обработать шампунем участки поражения, оставить на коже на 5 минут, затем ополоснуть.	Кетоконазол в виде шампуня. Применяют при лечении отрубевидного лишая себорейного дерматита, pityriasis capitis
164	Creporis Lamisil 30,0 D.S. Наносить на очаги поражения 1-2 раза в день тонким слоем, слегка втирая	Активное вещество: тербинафин. Эффективный антимикотик
165	Ung. Exoderil 15,0 D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Нафтифин. Применяется на высушенные и очищенные очаги
166	Ung. Loceryl 20,0 D.S. Смазывать очаги 3 раза в день	Активное вещество: аморолфин. Выпускается также в виде лака для ногтей 5 % по 5 мл
167	Creporis Travogen 20,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день	Изоконазола нитрат в виде крема
168	Chinofungini 50,0 D.S. Присыпать очаги поражения 2 раза в день	Присыпка, содержащая противогрибковый препарат толнафат. Не применять на обширные эрозии
169	Nitrofungini 25,0 D.S. Для смазывания стоп, ногтей 2 раза в день	Действующее вещество: 2-хлор-4-нитрофенол
170	Creporis Lotrimin 15,0 D.S. Смазывать стопы 1-2 раза в день. Применяют при воспалительных микозах	Содержит 1% клотримазола

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
171	Iodi puri 37,5 Kalii iodidi 25,0 Ac. oleinici 350 ml Sp. aethylici 96% 87,5 ml M.D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Состав применяют у детей, больных трихомикозами при наличии противопоказаний к гризеофульвину в течение 1,5-2 месяцев с бритьем головы 1 раз в неделю и ежедневным мытьем головы
172	Chinosoli — Ac. salicylici <i>aa</i> 10,0 Dimexidi 72 ml Aq. destil. 8,0 M.D.S. Смазывать очаги 2-3 раза в день	Состав применяют на область очагов с поражением пушковых волос в течение 5-14 дней
173	Griseofulvini 2,5 Dimexidi 5,0 Aq. destil. ad 50,0 M.D.S. Смазывать очаги 1-2 раза в день	Местное применение 5% раствора Гризеофульвина в димексиде позволяет сократить суточную дозу антибиотика, применяемого внутрь, до 15 мг/кг, что уменьшает риск возникновения побочных эффектов
174	Iodi puri 2,0 Sp. aethylici 96% 5,0 Ac. carbolic liquef. 5,0 Ac. salicylici 12,0 Ac. acetici concentrati 10,0 Ac. lactici 6,0 Resorcini 6,0 Olei Rusci 10,0 Collodii elastici 44,0 M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Фунгицидно-кератолитический лак Г.Н.Гнуздева. Применяют в качестве средства для отслойки эпидермиса стоп в течение 3-4 дней
175	Iodi puri crystall. 0,2 Ac. salicylici — Ac. Benzoici — (seu lactici) <i>aa</i> 0,4 Dimexidi puri 1,0 Collodii elastici 20,0 M.D.S. Смазывать ногтевые ложе 1 раз в день	Фунгицидно-кератолитический коллодий М.С.Голод. Проводят двухдневное смазывание ногтевого ложа, на третий день мыльно-содовая ванночка с подчисткой ногтевого ложа, смазывание 2-3% раствором йода. Подобные циклы повторяют до полного отрастания здоровых ногтей
176	Ac. salicylici — Ac. benzoici <i>aa</i> 5,0 Iodi puri crystall. 0,2 Dimexidi puri 2,3 Cerae flavi 27,5 Lanolini anhydrici 10,0 M.D.S. Смазать пораженные ногти и сверху их покрыть пластырем	Мазь накладывается на пораженные ногти на 1-2 дня с последующей их подчисткой на третий день, после чего применяют 20% бензойно-салициловую кислоту в димексиде (БСКД)
177	Ac. salicylici — Ac. benzoici <i>aa</i> 10,0 Dimexidi puri 30,0 M.D.S. По 1 капле на ногтевое ложе в течение 4 дней	БСКД. После применения этого средства проводят мыльно-содовую ванночку и подчистку ногтевого ложа с последующим смазыванием 3% спиртовым раствором йода
178	Carbamidi 16,0 Lanolini 14,0 Ac. acetici concentrati 2,0 Paraffini liquidi 3,0 Aq. destill. 5,0 M.D.S. Наносить на пораженные ногти	Онихолитическая мазь В.Ф.Политова. Наносится на ногти слоем 2-3 мм на 5 дней под лейкопластырь; после его снятия размягченные ногти снятия размягченные ногти

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
179	Ac. salicylici 7,0 Ac. benzoici 3,0 Sol. ac. acetici 80% Sp. aethylici 96% <u>aa</u> 40,0 Dimexidi 10,0 M.D.S. Наносить 2-3 капли жидкости на ногтевые ложа 2 раза в день	Фунгицидная жидкость В.Ф.Политова для лечения ногтевого ложа. Применяется до отрастания здоровых ногтей
180	Ac. salicylici 6,0 Ac. benzoici 12,0 Vaselini ad 100,0 M.D.S. Накладывать на ногти	Отслаивающая мазь Уайтфильда накладывается на 48 часов
181	Sol. Iodi spirituosae 10 % 50,0 D.S. Смазывать пораженные ногти 1 раз в день	Применяют в начальных стадиях онихомикозов, при поражении ногтей со свободного края
182	Emplastri Epilini 4 % 40,0 D.S. Накладывают на очаг на 20 дней	Применяют в зависимости от веса ребенка для удаления пораженных грибком волос
183	Formalini 5,0 Iodi puri 2,0 Tannini 10,0 Sp. aethylici 96 % 100,0 M.D.S. Для смазывания стоп, ногтей 2 раза в день	Состав оказывает противогрибковое действие, уменьшает потливость стоп
184	Ac. borici <u>aa</u> Ac. acetici <u>aa</u> 5,0 Formalini 10,0 Sp. aethylici 96 % 50,0 Aq. destillatae 100,0 M.D.S. Смазывать кожу стоп 1 раз в день	Состав для уменьшения потливости стоп и профилактики микозов стоп
185	Urotropini 10,0 Glycerini 20,0 Sol. acidi acetici 8 % 70,0 M.D.S. Для обтирания туловища при потливости 1 раз в день	Жидкость Андриасяна. Применяют как профилактическое средство при отрубевидном лишае

См. также прописи кератопластических и кератолитических мазей (табл. 15), паст (табл. 17), лаков (табл. 18), пластырей (табл. 19), антисептических растворов, жидкостей (табл. 13, 31).

НАРУЖНЫЕ ПРОТИВОКАНДИДОЗНЫЕ СРЕДСТВА

С целью лечения кандидозов кожи и слизистых применяют препараты, содержащие полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, микогептин, натамицин), антибиотик, продуцируемый актиномицетами (амфотерицин В), аммониевое соединение – декамин. Эти препараты обладают химиотерапевтической активностью против патогенных дрожжевых грибов (рода *Candida*).

Противокандидозное и кератолитическое действие оказывают мази, спиртовые растворы, лосьоны, в состав которых входят: салициловая и борная кислоты, бура, резорцин, тимол, йод, анилиновые красители (табл. 50).

Противокандидозным действием обладают также кортикостероидные препараты, содержащие антимикотики (табл. 21, 22), жидкости, кремы, мази, пасты, присыпки (табл. 31, 49), крем, раствор пимафуцин, ламизил, кетоконазол (см. табл. 49), риадоксоловая мазь (см. табл. 56), сертаконазол (залаин).

Действие. Противокандидозное, кератолитическое, противовоспалительное.

Показания. Заболевания кожи и слизистых, вызванные грибами рода *Candida*.

Методика применения. Приведена в сигнатуре к рецептам (см. табл. 50).

Таблица 50. Рецепты наружных противокандидозных средств

№ п/п	Пропись рецепта	Примечания
186	Ung. Nystatini 15,0 D.S. Смазывать пальцы кистей 3 раза в день	Антибиотик полиеновой группы
187	Ung. Levorini 30,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Полиеновый антибиотик
188	Ung. Amphotericini B 30,0 D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Антибиотик, продуцируемый актиномицетами
189	Ung. Mycoheptini 30,0 D.S. Смазывать участки поражения 1-2 раза в день	Полиеновый антибиотик
190	Levorini 2,0 Zinci oxydi 15,0 Talci veneti 10,0 Glycerini 10,0 Sol. Ac. borici 2% 58 ml M.D.S. Наносить на очаги 1-2 раза в день. Перед применением смесь взболтать	Взбалтываемая взвесь А.М.Ариевича. Применяется на эрозивные и мокнущие очаги при кандидозе кожи
191	Iodi puri — Kalii iodidi <u>aa</u> 1,0 Ac. salicylici — Ac. benzoici <u>aa</u> 5,0 Nystatini (seu Levorini) 7,0 Glycerini 20 ml Sp. aethylici 960 Sol. Dimexidi 90% <u>aa</u> 50 ml M.D.S. Смазывать ногти 1-2 раза в день	Спирто-глицериновый раствор с противокандидозными средствами в димексиде. Применяют при множественных кандидозных паронихиях и ониихиях
192	Ac. salicylici 1,0 Ac. borici 2,0 Natrii biborici 3,0 Naphthalani 10,0 Pastae Zinci 20,0 M.D.S. Смазывать межпальцевые складки кистей 2 раза в день	Оказывает противовоспалительное, противокандидозное и кератолитическое действие
193	Sol. Resorcini spirit. 5 % 100 ml D.S. Для смазывания пальцев и ногтевых валиков	5 % резорциновый (мета-диоксибензол) спирт
194	Iodi 0,5 Ac. borici 1,5 Ac. salicylici 1,0 Natrii tetraboratis 5,0 Glycerini 15,0 Sp. aethylici 70 % 50 ml M.D.S. Смазывать участки поражения кожи 1-2 раза в день	Оказывает противокандидозное и кератолитическое действие, хорошо фиксируется к коже

ВИРУСНЫЕ БОЛЕЗНИ КОЖИ

Вирусные болезни кожи составляют значительную группу дерматозов. Среди взрослого населения они регистрируются в 3-4%, у детей заболеваемость этой патологией достигает 10%. Вызываются дерматотропными (герпес простой и опоясывающий) и дерматотропными (бородавки, контагиозный моллюск, узелки доильщиц) вирусами (табл. 51-55).

Вирусом простого герпеса I типа (ВПГ I) инфицировано около 90% населения (через дыхательные пути, зараженные предметы). Персистирует ВПГ I в сенсорных паравертебральных ганглиях. При действии неблагоприятных факторов (охлаждение, стресс и др.) вирус активизируется и вызывает в коже пузырьковую реакцию, чаще в области лица.

Инфицирование вирусом простого герпеса II типа (ВПГ II) происходит при половом контакте с больными клиническими или асимптомными формами генитального герпеса и дальнейшей персистенцией вируса в сакральных ганглиях.

Реактивация вируса оспы (ОРВИ, снижение реактивности организма, пожилой возраст и др.) нередко приводит к возникновению опоясывающего лишая – более тяжелой кожной формы герпетической инфекции, сопровождающейся болями по ходу высыпаний, длительно не исчезающими невралгиями, а в некоторых случаях поражением ЦНС, внутренних органов, органа зрения.

В группу вирусных заболеваний, передаваемых при половых контактах, включены также генитальные бородавки (остроконечные кондиломы) и контактный моллюск. Отмечается тенденция роста этих дерматозов среди лиц молодого возраста. Заболевание принимает распространенный и упорный характер у инфицированных ВИЧ, клинической стадией СПИД.

Активация вирусов папилломы человека, вызывающих вульгарные и плоские бородавки, ворсинчатые папилломы, также связана с развитием иммунодефицитного состояния и снижением внутриэпидермального иммунологического контроля (клетки Лангерганса, Т-лимфоциты). Наиболее часто папилломатозные разрастания, кератомы наблюдаются у лиц старших возрастных групп.

Классификация вирусных дерматозов:

- герпес простой;
- герпес опоясывающий;
- бородавки простые, плоские, подошвенные, ворсинчатые;
- остроконечные кондиломы;
- контактный моллюск;
- узелки доильщиц (паравакцинация).

Таблица 51. Простой герпес

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Часто встречающийся вирусный дерматоз, проявляющийся высыпаниями сгруппированных пузырьков на коже и слизистых, который может принимать упорный рецидивирующий, диссеминированный, иногда системный характер. Генитальный герпес значительно часто передается при половых контактах
Этиология	Вирус простого герпеса I и II типов (ВПГ I и II). Дерматонейротропный ДНК-содержащий вирус, размножается в течение 14 часов в ядре и цитоплазме инфицированных клеток, с последующей их гибелью и выходом дочерних вирионов
Пути передачи	Инфицирование ВПГ I происходит при прямом контакте и ОВЗ в первые годы жизни, вирусом ВПГ II – при первых половых контактах
Пути проникновения и распространения в организме	Через кожу и слизистые оболочки – лимфатические узлы – гематогенная диссеминация во внутренние органы и нервные волокна – регионарные чувствительные ганглии, где вирус находится в латентном состоянии
Факторы риска	Охлаждение, гиперинсоляция. Респираторные заболевания. Стресс. ВИЧ-инфекция
Патогенез	Снижение противовирусной и неспецифической резистентности организма, вызванное факторами риска. Снижение иммунологического контроля в ганглиях. Реактивация вируса в ганглиях и его перемещение по периферическим нервным волокнам в эпителий кожи. Репликация вируса в коже. Своеобразная пузырьковая реакция
Инкубационный период	От нескольких дней до 2 недель
Продромальные явления	Жжение, парестезии, зуд в месте будущего очага, возможен легкий озноб, гиперестезия кожи, неинтенсивные мышечные и суставные боли
Наиболее частая локализация	Красная кайма и кожа губ, крылья носа, лоб, щеки (ВПГ I типа). Гениталии (ВПГ II типа)
Клинические симптомы	Единичные очаги. Эритема. Сгруппированные пузырьки диаметром до 2 мм, наполненные вначале прозрачным, затем мутным и геморрагическим содержимым. Образование болезненных эрозий полициклических очертаний с мягким дном и красноватой влажной поверхностью. Буровато-желтоватые корки. Красновато-бурая пигментация. Регресс высыпаний длится 10-14 дней. При инфицировании или травматизации эрозия может превратиться в неглубокую слегка уплотненную и отечную язвочку с более длительным периодом заживления и наличием регионарного лимфаденита

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Разновидности простого герпеса по течению	<p><u>Первичный герпес</u> – возникает преимущественно в детском возрасте и протекает с выраженными общими явлениями.</p> <p>У новорожденных возможна диссеминация инфекции, развитие тяжелого менингоэнцефалита и поражение внутренних органов.</p> <p><u>Рецидивирующий герпес</u> – протекает с менее выраженными клиническими симптомами, локализуется на лице, гениталиях, перигенитальной области, возможен кератоконъюнктивит с частотой рецидивов от 1-3 раз в год до нескольких раз в месяц.</p> <p>Выраженные физические и психологические беспокойства у больных вызывает рецидивирующий генитальный герпес.</p> <p><u>Герпетический стоматит</u> – развивается у детей до 1 года, сопровождается высокой температурой, симптомами интоксикации. Наиболее частая локализация – слизистая щек, десен, внутренняя поверхность губ, язык.</p> <p>Появившиеся пузырьки вскрываются, образуя фестончатые резко болезненные эрозии. Увеличены и болезненны регионарные лимфатические узлы. Нередко наблюдается при прорезывании зубов.</p> <p>При легком течении процесс регрессирует в течение 2 недель. У ослабленных детей возможна диссеминация инфекции с летальным исходом</p>
Атипичные формы простого герпеса	<p><u>Абортивная</u> – появление слабо выраженных папул, эритемы, некроза, субъективных ощущений без типичных высыпаний.</p> <p><u>Отечная</u> – высыпания на веках, губах, сопровождающиеся выраженным отеком.</p> <p><u>Зостериформная</u> – болезненные высыпания наблюдаются по ходу нервов на лице, конечностях, туловище, ягодицах и сопровождаются головной болью, слабостью.</p> <p><u>Диссеминированная</u> – одновременное появление на различных участках тела очагов сгруппированных высыпаний.</p> <p><u>Мигрирующая</u> – очаги высыпаний появляются последовательно и занимают новые участки тела.</p> <p><u>Геморрагическая и некротическая формы</u> – определяются кровавистым характером экссудата пузырьков и развитием некроза.</p> <p><u>Элефантиазоподобная</u> – длительно сохраняющаяся отечность кожи в местах регрессировавшего герпеса.</p> <p><u>Хронический кожный простой герпес</u> – не исчезающие язвенные очаги диаметром до лесного ореха у больных с иммунодефицитом.</p> <p><u>Язвенный герпес на гениталиях</u> – развивается после типичных высыпаний у лиц со сниженной иммунобиологической реактивностью (мягкая язва красноватого цвета, болезненная, возможен лимфаденит).</p> <p><u>Рупиоидная форма</u> – развивается на лице в результате присоединения вторичной инфекции (слоистые корки, трещины)</p>
Герпетиформная экзема Капоши	<p>Возникает у детей, больных экземой и атопическим дерматитом, сопровождается высокой температурой, общим тяжелым состоянием, диссеминированными высыпаниями на коже, слизистых, множеством элементов с пупковидным западением, массивными геморрагическими корками. Возможен летальный исход</p>
Генитальный герпес	<p>Вызывается ВПГ II и I типов (в результате орогенитальных контактов). Характеризуется торпидным рецидивирующим течением.</p> <p>Локализация: у мужчин на внутреннем листке крайней плоти в венечной бороздке, на головке и теле полового члена. У женщин: малые половые губы, влагалище, шейка матки, клитор, промежность, бедра, лобок.</p>
	<p><u>Клиническая картина:</u> эритема, везикулы, эрозии, язвы, отечность, болезненность, паховый лимфаденит у 1/3 больных.</p> <p>У мужчин могут быть явления уретрита.</p> <p><u>Источник:</u> больные с клиническими проявлениями, асимптомным течением инфекции, вирусносители.</p> <p>Рецидивирующее течение наблюдается у 50-70% инфицированных ВПГ I и II типов</p>
Возможные осложнения простого герпеса	<p>Герпетический энцефалит, менингит, гепатит, кератоконъюнктивит, рецидивирующее течение инфекции, преанокроз шейки матки</p>
Новые методы диагностики герпетической инфекции	<p>Прямое обнаружение антигенов ВПГ в жидкостях организма, отделяемом эрозий с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР) – методика ДНК-зондов (чувствительность достигает 100%)</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Гистопатология	Баллонизирующая дегенерация клеток эпидермиса, наличие в них внутриядерных включений. В дерме инфильтрация стенок сосудов нейтрофилами, периваскулярные инфильтраты (лимфоциты, нейтрофилы)
Дифференциальный диагноз	<p>Стрептококковое и смешанное импетиго. Опоясывающий герпес. Первичная сифилома. Сифилитические папулы. Эрозивно-язвенный баланопостит. Чесоточные узелки, язвы. Фолликулиты, фурункул в области гениталий. Детская экзема, осложненная пиодермией (с экземой Капоши)</p>
Лечение	<p><u>Первичный герпес</u> (с общими явлениями) Ацикловир по 0,4 г 3 раза в сутки, или Валацикловир по 0,5 г 2 раза в день (3-7 дней). Аутогемотерапия. Коровой иммуноглобулин, противогерпетический гамма-глобулин по 3 мл в/м, ежедневно № 2. Витамин С – 0,3 г 3 раза в день 3-5 дней. Местно: противовирусные препараты (ацикловир, интерфероновая мазь, ДНК-аза и др.) (см. табл. 56). <u>Герпетический стоматит</u> 0,5% теброфеновая мазь. 0,25% риодоксоловая мазь. мазь «Цикловир» 5% (см. табл. 56). <u>Рецидивирующий герпес кожи и слизистых, кератоконъюнктивит</u> Ацикловир по 0,2 г 5 раз в сутки 5-10 дней; или валацикловир 500 мг 2 раза в день в течение 5 дней; или ганцикловир 5 мг/кг в/в каждые 12 ч 14-21 день; или фамцикловир 250 мг 3 раза в день в течение 5 дней Левamisол 50-150 мг ежедневно в течение 3 дней каждую неделю в течение 6 недель. <u>Герпес первичный половых органов</u> Ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 10 дней или 400 мг внутрь 3 раза в сутки 10 дней; или валацикловир по 500 мг 2 раза в день (5 дней). <u>Рецидивирующий герпес половых органов</u> Ацикловир 200 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 5-10 дней, или 400 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 5-10 дней; или валацикловир 0,5 г 2 раза в день №5, или фамцикловир 125 мг 2 раза в день в течение 5-7 дней. Циклоферон по 2 мл (250 мг) в/м через день №10-20. <u>Методика непрерывной супрессивной терапии рецидивирующего генитального герписа</u> Ацикловир 400 мг 2-4 раза в день в течение нескольких месяцев (в случае 6 и более рецидивов в год). Валацикловир 0,5 г 2 раза в день – до года. <u>Простой герпес кожи и слизистых при иммунодефиците</u> Ацикловир 5 мг/кг внутривенно, каждые 8 ч в течение 7 суток, или 200 мг внутрь 5 раз в сутки – 10 дней; или фоскарнет 40 мг/кг внутривенно каждые 8 часов до исчезновения высыпаний в течение 10-24 суток. <u>Методы физиотерапии</u> Гелий-неоновый лазер на очаг или на область кубитальных вен (лазерное облучение крови). УФО на область очага или ультрафиолетовое облучение крови. Ультрафонофорез на очаг с противовирусными мазями. Воздействие паравертебрально на область сакральных ганглиев с помощью ультразвука</p>
Профилактика рецидивов	<p>Инактивированная герпетическая вакцина 0,2 мл внутрикожно в сгибательную поверхность предплечья через 3-4 дня – 5 инъекций; через 2 недели назначают аналогичные инъекции 1 раз в 5-7 дней № 5; через 3-6 месяцев проводят ревакцинацию по 5 инъекций с интервалом 7-14 дней, через 6-8 месяцев проводят вторую аналогичную ревакцинацию. Антиоксидантный комплекс в течение 3-4 недель. Иммуномодуляторы (тактивин, тималин, декарис). Адаптогены растительного происхождения. Санация организма. Личная гигиена. Возобновление половой жизни после регресса высыпаний</p>

Таблица 52. Опоясывающий герпес

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Острое вирусное заболевание, проявляющееся сгруппированными болезненными высыпаниями по ходу нервов и их неврологической симптоматикой. Дети до 10 лет болеют редко. В пожилом возрасте нередким осложнением является постгерпетическая невралгия
Этиология	Дерматонейротропный вирус <i>Varicella zoster</i> (возбудитель ветряной оспы)
Факторы риска	Переохлаждение. Инфекции и интоксикации. Сахарный диабет, язвенная болезнь желудка и др. Гиперинсоляция, ионизирующее излучение. Болезни крови. Новообразования. Применение иммунодепрессантов, рентгенотерапии. ВИЧ-носительство, СПИД
Патогенез	Реактивация вируса (первый контакт с вирусом происходит у переболевших ветряной оспой) в результате воздействия неблагоприятных экзогенных и эндогенных факторов. Отечность нервных стволов, их фиброз и сдавление в межпозвоночных пространствах
Продромальные явления	Повышение температуры тела, недомогание, слабость, головная боль, диспептические расстройства
Локализация поражения	В зоне межреберных нервов. По ходу веточек тройничного нерва. На голове, лице, на конечностях
Количество очагов	Множественные
Субъективные ощущения	Боль по ходу пораженных нервов
Течение	Острое, обычно не рецидивирует. Рецидивы возникают при онкозаболеваниях, болезнях крови, иммунодефиците (СПИД)
Клиническая картина Обычная форма	Унилатеральный характер расположения элементов. Эритема. Папулезные элементы в виде вытянутых очагов. Образование везикул и пустул, затем эрозий. Корки, буроватая пигментация. В легких случаях процесс регрессирует в течение 1-3 недель
Абортивная форма	Отек, эритема, папулезные высыпания по ходу нерва, боли в участках поражения
Язвенно-некротическая форма	В тяжелых случаях высыпания принимают язвенный и язвенно-некротический характер. Регрессирование их затягивается до 1–1,5 месяцев
Генерализованная форма	Наблюдается у части больных (2-4%) с болезнями крови, новообразованиями, получающих химиотерапию. Высыпания принимают диссеминированный характер в виде множественных, нередко сливающихся папуловезикулезных элементов, бляшек, занимающих значительные участки кожного покрова
Гангренозная форма	Развивается у больных сахарным диабетом, язвенной болезнью, у пожилых лиц в виде везикул с кровавистым содержимым и образованием на их месте участков гангренизации с последующим рубцеванием. Нередко упорные симпаталгии и ганглиониты (нарушение сердечной деятельности, функции ЖКТ, мочеиспускания и другие расстройства)
Офтальмогерпес	Поражается роговица, конъюнктура, радужная оболочка, цилиарное тело с развитием светобоязни, блефароспазма, слезотечения, болями по ходу глазного нерва, наличием высыпаний в области лица, шеи, волосистой части головы; возможно развитие менингоэнцефалита
Гистопатология	Отек эпидермиса, пузырьки в верхних отделах мальпигиева слоя, баллонизирующая дегенерация и дистрофия цитоплазмы клеток, гигантские многоядерные клетки. В дерме небольшая инфильтрация нейтрофилами, тенденция к экзоцитозу. Аналогичные изменения выявляются в структурах головного и спинного мозга и внутренних органах при генерализованной инфекции

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Возможные осложнения	Гангренизация высыпаний. Генерализация: с поражением значительных участков кожного покрова, внутренних органов, ЦНС, спинного мозга. Постгерпетические невралгии, симпаталгии, ганглиониты. Рецидивы (иммунодепрессия, новообразования)
Дифференциальный диагноз	Зостериформный красный плоский лишай. Рожистое воспаление. Зостериформный простой герпес. Герпетиформный дерматит Дюринга
Лечение	Антибиотики тетрациклинового ряда в течение 7-10 дней. Ацикловир 800 мг внутрь 5 раз в сутки в течение 7-10 суток, или метисазон 20 мг/кг в 3 приема после еды в течение 6-7 дней, валацикловир по 1,0 г 3 раза в день 7-10 дней. Салицилаты 0,5 г 1-3 раза в день. 25% магнезия сульфат по 5-12 мл внутримышечно.
Лечение	Мочегонные (фурасемид, лазикс). Для купирования болевого синдрома: ганглерон по 1 мл внутримышечно № 6-8, пахикарпин 0,05 г 3 раза в день. Новокаиновые блокады, электрофорез с новокаином на болевые очаги. Анальгетики (анальгин, баралгин). Индометацин в течение 10-14 дней. Паравертебрально диатермия №6-10 или ультразвук №10-12. Иммуноглобулин. Курс инъекций витаминов В ₆ (2-5 мл), В ₁₂ (1000 мкг) №10-15, в/м. Аскорбиновая кислота 0,3-0,5 г в сутки. Биогенные стимуляторы, адаптогены. При генерализованной и гангренозной формах противокоревой гамма-глобулин по 3 мл внутримышечно № 6-10. При офтальмогерпесе и менингоэнцефалите внутривенно 40% раствор уротропина по 5-10 мл ежедневно №5-8. При иммунодефиците и тяжелых осложнениях: внутривенно ацикловир 10-12 мг/кг через каждые 8 ч 7-14 суток, или ганцикловир – начальная доза 5 мг/кг через 12 ч внутривенно в течение 14-21 суток; поддерживающая доза 6 мг/кг внутривенно 1 раз в сутки 5 раз в неделю. Местно Ацикловир, дезоксирибонуклеаза, лидокаиновый гель. Анилиновые красители. Фукорцин, жидкость Бурова. Интерфероновая мазь, комбинированные кортикостероидные мази. УФО, ультразвук, лазеротерапия
Профилактика	Грязелечение. Сероводородные и радоновые ванны. Обследование на онкозаболевания, ВИЧ

Таблица 53. Бородавki

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Появление эпидермальных гиперкератотических папул с папилломатозной реакцией дермы невоспалительного характера в результате патогенного действия вирусов папилломы человека (ВПЧ)
Этиология	Вирусы папилломы человека различных типов. ДНК-содержащие вирусы. ВПЧ - 1, 2, 4 – ладонно-подошвенные бородавki. ВПЧ - 3, 10, 28, 49 – плоские бородавki. ВПЧ – 1, 2, 3, 4, 26, 27 и др. – обычные бородавki. ВПЧ 7 – нитевидные бородавki
Пути заражения	Прямой контакт. Инфицированные предметы обихода

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Предрасполагающие факторы	Травматизация кожи. Сухость кожи. Снижение общей реактивности и иммунитета. Вегетоневрозы. Несоблюдение личной гигиены. Иммунодепрессивная терапия. Дефект клеточного иммунитета. Инфицирование ВИЧ
Клинические формы и их симптомы	<u>Простые</u> – полушаровидные невоспалительные узелки, плотные, с ороговением, безболезненные, шероховатые, чаще множественные, в области кистей. <u>Плоские</u> – плоские узелки цвета нормальной кожи или буроватые, поверхность гладкая, как правило, множественные, в области лица, губ, на кистях. <u>Ладонно-подошвенные</u> – желтоватого цвета образования, покрытые толстыми роговыми наслоениями, единичные, болезненные на подошвах стоп, ладонях. <u>Нитевидные (ворсинчатые)</u> – тонкие в виде отростков, частично рогового характера разрастания с локализацией на веках, подбородке, шее, подмышечных областях и других участках тела
Течение	Хроническое
Гистопатология	В клетках мальпигиева слоя явления акантоза, баллонизирующей дегенерации шиповатых клеток, резкое утолщение зернистого и рогового слоев. Сосочки дермы вытянуты, содержат сосуды
Дифференциальный диагноз	Красный плоский лишай. Омозолелость. Бородавчатый туберкулез кожи. Папулезный сифилид. Узелки доильщиц (элементы папуло-везикулезного характера с западением в центре на кистях, запястьях, возможны вегетации. Инфицирование вирусом паравакцинии происходит от вымени коров. Спонтанно исчезают в течение 5 недель – 10 месяцев)
Лечение	<u>Простые бородавки (вульгарные, обыкновенные)</u> Прижигающие средства – солкодерм, ферезол, ляпис, 50% трихлоруксусная кислота, 40% салициловая кислота. Цитотоксические препараты – 25% раствор подофилина, кондилиин, колхаминовая мазь (смазывание элементов 1 раз в неделю). Кератолитические мази, растворы, лаки. Криотерапия жидким азотом. Диатермокоагуляция. Противовирусные препараты (5% теброфеновая мазь, 3% оксолиновая мазь). Углекислотный лазер (1-3 сеанса). Гипносуггестивная терапия. <u>Плоские бородавки</u> Жженый магния сульфат per os 0,25-0,5 г 2 раза в день после еды в течение 3-4 нед. 30% раствор трихлоруксусной кислоты. Солкодерм. <u>Ладонно-подошвенные бородавки</u> Прижигающие и кератолитические средства (см. «Лечение простых бородавок») и табл. 56). Криодеструкция CO ₂ – лазер. Хирургическое лечение (редко). <u>Нитевидные бородавки</u> Диатермокоагуляция. Солкосерил. Криодеструкция
Профилактика	Личная гигиена. Повышение общей реактивности организма и иммунитета

Таблица 54. Остроконечные кондиломы (Аногенитальные бородавки)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Очаговые или множественные опухолевидные сосочковые кожно-слизистые разрастания, чаще наблюдающиеся в области гениталий (генитальные бородавки)
Этиология	Вирус папилломы человека 6, 11, 42, 43, 44, 45 типов и др. Проонкогенный ДНК-содержащий вирус
Инкубационный период	1-9 месяцев
Факторы риска	Несоблюдение личной гигиены. Влажность и мацерация кожи. Выделения из гениталий. Травматизация. Иммунодефицитные состояния. ВИЧ-инфицирование. Заболевания мочеполовых органов
Преимущественная локализация (рис. 24)	Венечная борозда полового члена. Внутренний листок крайней плоти. Малые половые губы, вход во влагалище. Перианальная область
Клинические симптомы	Мелкие сосочковые образования остроконечной или конусовидной формы, мягкой консистенции. При слиянии образуют дольчатые разрастания в виде цветной капусты. Имеют ярко-красный цвет, мацерацию, эрозированную поверхность. При присоединении вторичной инфекции появляется неприятный запах
Гистопатология	Выраженный папилломатоз и акантоз, истончение рогового слоя с явлениями паракератоза. Вакуолизация эпидермиса. Отек дермы, расширение капилляров, инфильтрация лимфоидными и плазмочитарными клетками. В сосочках хронический воспалительный инфильтрат, расширение кровеносных и лимфатических сосудов
Возможные осложнения	Изъязвление высыпаний. Озлокачествление. Генерализация (СПИД)
Дифференциальный диагноз	Широкие кондиломы (медно-красный цвет, широкое основание, бледная трепонема, РПГА, ИФА, РИФ положительные). Папулезный сифилид. Геморрой. Ворсинчатые папилломы. Вегетирующая пузырьчатка. Спиноцеллюлярная эпителиома
Лечение	Ферезол, солкодерм, кондилин (см. табл. 56). Смазывание 20 % раствором ляписа, 25% раствором подофилина, 0,5% колхаминовой мазью. Кератолитические мази, растворы, присыпки (резоцин, дерматол поровну), лаки. Противовирусные мази (риодоксоловая, теброфеновая, бонафтоновая, оксолиновая). Диатермокоагуляция. Криотерапия жидким азотом. Кюретаж. Лазеротерапия (СО ₂ -лазер). Инtron А(рекомбинантный интерферон α-2b): Изотонический раствор препарата (10 млн МЕ в 1 мл аминокетилевой кислоты и двусосновного и одноосновного фосфата натрия) вводят в основание кондилом 3 раза в неделю (или через день) в течение 3 недель. Одновременно можно лечить не более 5 поражений. Возможные побочные явления: лихорадка, усталость, анорексия, диарея, тошнота, миалгия, головная боль, тромбоцитопения, гранулоцитопения. Применение препарата у детей не рекомендуется
Профилактика	Соблюдение личной гигиены. Лечение воспалительных заболеваний мочеполовых органов, опрелостей. Диспансерное наблюдение.

Таблица 55. Контагиозный моллюск

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Вирусное заболевание кожи (редко слизистых) в виде полушаровидных узелков величиной до горошины с пупковидным вдавлением в центре. Болеют преимущественно дети
Этиология	Вирус группы оспы (ДНК-содержащий), семейства поксвирусов. В культуре не выделен. Различают два типа вируса контагиозного моллюска
Пути заражения	Прямой контакт с больным человеком. Инфицированные вирусом предметы обихода. При половом контакте (генитальная локализация)
Инкубационный период	От 2 недель до 6 месяцев
Локализация	Лицо, шея, грудь, тыл кистей, предплечье, лобковая область, наружные половые органы, внутренняя поверхность бедер (рис. 25).
Клиническая картина	Множественные мелкие полусферические высыпания, обычно размером с булавочную головку восковидного телесного цвета с пупковидным вдавлением в центре (рис. 25). Располагаются группами или диссеминированно. У лиц с иммунодефицитом может принять диффузный характер
Атипичные формы	Гигантские моллюски (до 3 см в диаметре). Ороговевающие. Кистозные. Изъязвленные. Напоминающие милиум, угри, фурункулы, бородавки
Способ диагностики	При надавливании с боков на элемент пинцетом выделяется крошковатая масса беловатого цвета (роговые клетки, жир, моллюсковые тельца)
Гистопатология	Инфекционная акантома. Клетки эпидермиса увеличены, содержат внутриплазматические включения (моллюсковые тельца). Отмечаются признаки легкой воспалительной инфильтрации дермы
Дифференциальный диагноз	Бородавки (вульгарные, плоские). Угревая сыпь. Милиум, фолликулиты. Аллергический дерматит. Базалиома
Лечение	Выдавливание пинцетом (поверхность очага можно предварительно проколоть в нескольких местах). Выскабливание кюреткой и смазывание элемента настойкой йода, нитратом серебра, ферезолом, противовирусной мазью. Диатермокоагуляция, криотерапия, СО ₂ -лазер
Профилактика	Соблюдение личной и общественной гигиены. Дети, больные контагиозным моллюском, допускаются в коллектив после излечения

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ВИРУСНЫХ ДЕРМАТОЗАХ

Для наружного лечения герпесов (простой, генитальный, опоясывающий) применяют препараты, содержащие пуриновый нуклеозид ацикловир (цикловир, виролекс, зовиракс) и видарабина фосфат (гель Vira MP), которые подавляют репродукцию вирусов простого герпеса I и II типов и Varicella zoster. Ряд других синтетических препаратов (Virus-Merc, бонафтон, оксолин, теброфен, мегосин, риодоксол, флореналь) и средств растительного происхождения (алпизарин, хелепин, госсипол), лейкоцитарный интерферон активны как в отношении вирусов герпеса, так и вирусов папилломы человека, вызывающих остроконечные кондиломы, бородавки, кератомы, а также возбудителя контагиозного моллюска (ДНК-содержащий вирус группы оспы).

Удаление бородавок, кондилом, кератом, элементов контагиозного моллюска осуществляют с помощью прижигающих средств (солкодерм, ферезол, растворы ляписа), мазей, паст, присыпок, содержащих повышенные концентрации салициловой кислоты, резорцина, желтой ртути, уротропина, цитотоксических препаратов (раствор подофилина, кондилинон) (табл. 56), лаков (см. табл. 18). В качестве подсушивающих, антисептических средств при герпесах применяют растворы анилиновых красителей, жидкость Кастеллани, фукорцин, пасты (см. табл. 17), мази с антибиотиками (см. табл. 31), комбинированные кортикостероиды (см. табл. 21, 22).

Действие. Цикловир, видарабин, другие указанные противогерпетические препараты предупреждают образование новых элементов сыпи, ускоряют образование корок, ослабляют болезненность и зуд в очагах поражения. Наиболее эффективны в начальных стадиях (эритема,

болезненность). Кератолитические средства оказывают отслаивающее и разрешающее действие, прижигающие и цитостатические препараты – некротизирующее.

Показания. Простой, генитальный и опоясывающий герпесы, обычные и подошвенные бородавки, остроконечные кондиломы, контактный моллюск, кератомы.

Методика применения. Приведена в сигнатуре рецептов (см. табл. 56).

Таблица 56. Противовирусные, прижигающие и цитотоксические препараты

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
195	Ung. Cucleovir 5 % 5,0 D.S. Наносить на пораженную кожу 5 раз в день	Активное вещество: ацикловир. Применяют при герпетических высыпаниях на губах, слизистой рта, коже, наружных половых органах. Аналоги: виролекс, зовиракс (мази, кремы)
196	Geli Vira MP 15,0 D.S. Наносить на очаг 4 раза в день	Активное вещество: видарабина фосфат. Применяют при герпесах
197	Ung. Viru-Merc 10,0 D.S. Наносить на очаг 3-5 раз в день, слегка втирая	Активное вещество – тромантадин. Применяют при герпесах на коже и слизистых
198	Ung. Bonaphthoni 0,5 % 30,0 D.S. Смазывать очаг 3-4 раза в день тонким слоем	Применяют при герпетических поражениях кожи. При высыпаниях на слизистых. При высыпаниях на слизистых – мазь бонафтона
199	Ung. Megosini 3 % 10,0 D.S. Смазывать очаг 2-3 раза в день	При герпесах на коже
200	Ung. Oxolini 1 % 15,0 D.S. Смазывать очаг 3 раза в день	Герпесы – простой, опоясывающий; контактный моллюск. 2%, 5% мази применяют для удаления бородавок под вощеную бумагу
201	Ung. Tebropheni 5 % 30,0 D.S. Смазывать очаг поражения 3 раза в день	Для удаления плоских и простых бородавок, контактных моллюсков, остроконечных кондилом. 2 % мазь применяется при герпесах
202	Ung. Interferoni 30 % 10,0 D.S. Смазывать очаг 3-5 раз в день	При герпесах на губах, коже, половых органах
203	Ung. Florenali 1 % 10,0\ D.S. Смазывать очаги 3 раза в день	При герпесах на коже (1 % мазь), слизистых (0,5 % мазь)
204	Ung. Riodoxoli 0,5 % 30,0 D.S. Смазывать очаги 1-3 раза в день тонким слоем	Герпесы, контактный моллюск, бородавки. Выпускаются 0,25% (слизистые) и 1% мази риодоксола (бородавки, контактный моллюск)
205	Linim. Gossipoli 3 % 20,0 D.S. Смазывать очаги 4-6 раз в день	Применяют при герпесах на коже
206	Ung. Alpisarini 5 % 20,0 D.S. Смазывать участки поражения 2-3 раза в день	При герпесах на коже. Алпизарин получают из травы копеечника альпийского и желтеющего
207	Solcodermi 0,2 ml D.S. Наносить на пораженную поверхность с помощью аппликатора однократно	Смесь азотной, уксусной, щавелевой, молочной кислот и нитрата меди. Вызывает прижизненную фиксацию и последующую мумификацию патологической ткани при обычных и подошвенных бородавках, остроконечных кондиломах, кератомах, доброкачественном невусе
208	Pheresoli 10,0 D.S. Смазывать элементы непрерывно в течение часа.	Состоит из 60 % фенола и 40% трикрезола. Бородавки, кератомы, сухие мозоли с явлениями ороговения предварительно распарить. При недостаточном эффекте смазывание можно повторить через 2 недели
209	Sol. Argenti nitratis 5% 10,0 Da in vitro nigro! D.S. Наносить на разрастания кожи с помощью аппликатора однократно	Прижигают остроконечные кондиломы; обычные, подошвенные бородавки, элементы контактного моллюска

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
210	Ac. salicylici Resorcini Talci <i>aa</i> 20,0 M.D.S. Присыпка	Припудривают однократно разрастания остроконечных кондилом
211	Ac. salicylici Resorcini <i>aa</i> 5,0 Hexamethylentetramini 10,0 Ung. Zinci 50,0 M.D.S. Смазывать элементы 1 раз в день	Применяют при обычных бородавках, остроконечных кондиломах
212	Resorcini 0,3 Ac. salicylici 0,6 Hydrargyri oxydi flavi 1,2 Pastae Zinci 30,0 M.f. pasta D.S. Смазывать очаги поражения однократно	Остроконечные кондиломы подошвенные бородавки, элементы контактиозного моллюска
213	Sol. Podophyllini spirituosae 25% 50,0 D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день	Подопиллин получают из подофилла щитовидного. Обладает цитостатической активностью. Применяют при остроконечных кондиломах, папилломах, обычных бородавках
214	Condilini 3,5 D.S. Наносить строго на кондиломы с помощью кондиломы с помощью в течение 3 дней	0,5 % спиртовой раствор подофиллотоксина. Применяют при остроконечных кондиломах

ДЕРМАТИТЫ

Дерматиты – воспаление кожи, возникающее при непосредственном действии различных экзогенных факторов (физических, химических, биологических) и регрессирующее в течение нескольких дней после прекращения их действия на кожу.

Дерматиты, обусловленные **облигатными** раздражителями, при попадании их на кожу вызывают воспалительную реакцию (вплоть до некроза) у 100% лиц (крепкие кислоты, щелочи), их классифицируют как **простые**. Дерматиты в результате воздействия условных (**факультативных**) раздражителей (моющие средства, краски и др.), вызывающих воспалительную реакцию в местах их контакта с кожей и на отдаленных участках после инкубационного периода (период сенсibilизации), классифицируют как **аллергические**. В этих случаях организм отвечает на раздражитель неадекватной реакцией по типу гиперчувствительности замедленного типа, обусловленной взаимодействием сенсibilизированных лимфоцитов с антигеном (гаптен + эпидермальный белок) и выделением медиаторов иммунного воспаления (лимфокины). В некоторых случаях контактная чувствительность развивается по немедленному типу: действием кожно-сенсibilизирующих антител (иммунных комплексов) на тучные клетки, базофилы, что приводит к выделению гистамина, гепарина, других биологически активных веществ и острой воспалительной реакции кожи.

В развитии острых контактных дерматитов важная роль принадлежит сдвигам в общей резистентности организма, нервно-эндокринным нарушениям, заболеваниям со стороны внутренних органов, желудочно-кишечного тракта, создающим фон для возникновения воспалительной кожной реакции (табл. 57-61).

Таблица 57. Дерматиты

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Классификация	<p>Физические дерматиты Механические (в результате давления, трения). Потертости. Мацерации. Гиперкератоз. Интертриго (опрелость). Ожоги, отморожения. Ознобление (реакция на холодный сырой климат у лиц с астенизацией, гиповитаминозом С, А). Солнечный дерматит, лучевой дерматит. Электротравма</p>	
	<p>Химические дерматиты Кислоты и щелочи, соли щелочных металлов и минеральных кислот. Динитрохлорбензол. Синтетические ткани, моющие средства, полимеры. Лаки, краски, растворители. Никель, хром. Боевые отравляющие вещества кожно-нарывного действия. Биологические дерматиты Фитодерматиты (северный ясенец, борщевик, первоцвет, лютиковые, чистотел, луговая трава, некоторые сорта красного дерева) Насекомые, гусеницы и др. Медикаментозные дерматиты Новокаин, пенициллин. Салициловая, молочная, бензойная кислоты, резорцин, сера (15% и более), йод 5-10%</p>	
Клинические формы	Контактный простой дерматит	Контактный аллергический дерматит
Сенсибилизация	Нет	Моновалентная, чаще по типу ГЗТ
Характеристика этиологических факторов	Первичные облигатные раздражители (безусловные)	Факультативные (условные) сенсибилизирующие вещества (гаптены)
Наиболее частые этиологические факторы	Концентрированные кислоты, щелочи, низкие и высокие температуры. Первичные факультативные раздражители: инсоляция, растения, травы, насекомые	Синтетические ткани и моющие средства, полимеры, краски, лаки, никель, хром, новокаин
Пути действия этиологических факторов	Непосредственно на кожу	
Характер действия этиологических факторов	Местное раздражающее, разрушающее	Местное сенсибилизирующее
Инкубационный период	Нет	Есть
Локализация процесса	На месте действия раздражителя	На месте действия раздражителя и в отдаленных участках
Клинические симптомы	От эритемы, пузырей до некроза	Эритема, папулы, пузырьки, эрозии, мокнутие, корки, чешуйки (при экземе более выражены)
Субъективные ощущения	Боль, жжение	Зуд, жжение
Признаки, подтверждающие диагноз дерматита	Локализация на месте действия раздражителя. Резкие границы. Быстрое исчезновение после устранения раздражителя	Начальная локализация на месте действия раздражителя. Исчезновение после устранения действия аллергена. Положительная кожная проба с аллергеном. Рецидивы при повторном действии аллергена

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Лечение простого контактного дерматита	Устранение действия раздражителя. Вскрытие и обработка пузырей водорода перексидом, дезинфицирующие примочки, анилиновые красители, жидкость Кастеллани. Комбинированные кортикостероидные аэрозоли, кремы, мази, стрептоцидная, борно-нафталановая мазь. Фотозащитные средства (солнечный дерматит). Лечение обширных ожогов, отморожений в специализированных отделениях
Лечение контактного аллергического дерматита	Устранение действия сенсибилизирующих веществ. Диета с ограничением поваренной соли, углеводов и экстрактивных веществ. Препараты кальция per os и внутривенно. 30% раствор тиосульфата натрия per os или в/в. Энтеросорбенты. Мочегонные. Пантотенат, пангамат кальция. Витамин С. В тяжелых случаях кортикостероиды, гемодез. Местно При явлениях экссудации дезинфицирующие примочки, в подострой стадии – водные или масляные болтушки, цинковая паста с добавлением дерматола (1-2%). В стадии регресса: 2% серно-салициловая мазь, 1-2% ихтиоловая мазь. Кортикостероидные кремы, мази, аэрозоли

Таблица 58. Токсидермии

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Токсидермии – острый воспалительный токсико-аллергический дерматоз, развивающийся в результате попадания в кровь человека химических веществ алиментарным, парентеральным, ингаляционным, генитальным, анальным или транскутанным путем
Факторы риска	Наследственное предрасположение. Аллергические заболевания (бронхиальная астма, атопический дерматит и др.). Заболевания ЖКТ, печени, желчного пузыря и других внутренних органов. Применение антибиотиков, сульфаниламидов, анальгетиков, барбитуратов, витаминов группы В, новокаина, препаратов брома, йода, акрихинового ряда, мышьяка, антигистаминных препаратов, кортикостероидов. Ношение металлических зубных протезов (хром, никель, кобальт, молибден). Недоброкачественные продукты, пищевые консерванты, красители. Контрацептивы, содержащие металлы (медь, серебро)
Патогенез	Развиваются по немедленному или замедленному типу гиперчувствительности (от нескольких часов до 1,5 месяца)
Разновидности токсидермий по этиологии	Лекарственные (наиболее часто). Пищевые. Профессиональные
Сенсибилизация	Имеется
Характеристика этиологических факторов	Аллергены. Токсикоаллергены
Наиболее частые этиологические факторы	Антибиотики. Сульфаниламиды. Барбитураты. Пищевые продукты
Пути поступления в организм	Прием внутрь. Вдыхание. Парентеральное введение. Чрескожный и генитальный пути, анальный
Характер действия	Аллергический или токсико-аллергический

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Клинические формы	Фиксированная эритема Распространенная токсидермия (встречается в большинстве случаев)	
Локализация	Рот. Половые органы Симметрично весь кожный покров, слизистая рта, губы (рис. 26)	
Клинические симптомы	Эритема. Пузырь. Эрозия. Корка. Жжение. Боль Уртикарная сыпь, пустулы, угри, папулы. Пурпура, васкулит. Эритематозно-сквамозные пятна. Лихеноидные папулы. Некролиз. Зуд. Температура, интоксикация, лейкоцитоз, эозинофилия, ускоренная СОЭ, умеренная анемия	
Характеристика сыпей и возможных кожных проявлений при токсидермиях	Пятнистая (воспалительные или геморрагические пятна и шелушение). Пигментная (эритема, сетчатая пигментация, фолликулярный кератоз, возможны телеангиэктазии, атрофия). Папулезная (милиарные, лентикулярные островоспалительные папулы по типу красного плоского лишая) (см. рис. 26). Узловатая (острая узловатая эритема). Везикулезная (везикулы, окаймленные венчиком гиперемии). Пустулезная (пустулы, угри в сальных местах после приема галогенов). Буллезная (в складках, на слизистой рта – пузыри, вегетирующие эрозии, склонные к слиянию и эритродермии). Многоформная экссудативная эритема. Эритродермия. Синдром Стивенса-Джонсона. «Синий человек» (прием морилки). Ладонно-подошвенные кератодермии. Аллергический васкулит. Эрозивно-язвенный стоматит (металлические протезы)	
Тяжелая форма лекарственной токсидермии – токсический эпидермальный некролиз (ТЭН)	Эритема, болезненность кожи. Некролиз эпидермиса и эпителия, вялые пузыри, сливающиеся ярко-красные эрозии, симптом Никольского резко положительный. Напоминает ожог II степени («обваренная кожа»). Вовлекается до 90% кожного покрова. Поражения слизистой рта, губ, трахеи, бронхов, половых органов. Конъюнктивит. Выраженные нарушения деятельности печени, легких, надпочечников, поджелудочной железы, миокарда, головного и спинного мозга. Симптомы обезвоживания. Альбинурия, ускоренная СОЭ. Нарушения сердечно-сосудистой деятельности. Высокая температура. Резкая токсемия. Коматозное состояние. Высокая смертность у большинства пожилых пациентов	
Гистопатология токсидермий	Не отличается по структуре от многоформной экссудативной эритемы, красного плоского лишая и других тяжелых идиопатических дерматозов	
Прогноз	При доброкачественном течении токсидермий – благоприятный. При тяжелых поражениях кожного покрова с вовлечением внутренних органов – сомнительный	
Возможные осложнения	Тромбоцитопения. Агранулоцитоз. Висцеропатии, поражения оболочек мозга. Аллергический миокардит. ДВС-синдром (тромбы, геморрагии внутренних органов)	

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Признаки и исследования, подтверждающие диагноз	Тщательно собранный анамнез. Начало после действия аллергена. Характер клинической картины. Постепенное выздоровление после выведения из организма аллергена. Положительные кожные тесты с аллергеном. Пероральные провокационные пробы с минимальной терапевтической дозой препарата. Постановка реакции бласттрансформации лимфоцитов (серологических), реакции крови (дегрануляции базофилов) с аллергенами
Дифференциальный диагноз	Аллергодерматозы. Аллергический васкулит. Аллергии, микиды. Красный плоский лишай. Многоформная экссудативная эритема. Красная волчанка. Хроническая вегетирующая пиодермия. Инфекционные экзантемы, энантемы. Розеолезный и папулезный сифилиды
Лечение диссеминированных форм	Отмена лекарственных препаратов. Рациональная диета. Прием жидкости. Энтеросорбенты (полифепан). Мочегонные (лазикс, фуросемид). Слабительные. Препараты кальция, тиосульфат натрия per os или внутривенно. Антигистаминные препараты. Витамины С, Р. При среднетяжелых формах – кортикостероиды. Местно: противовоспалительные, дезинфицирующие, эпителизирующие средства
Лечение токсического эпидермального некролиза (ТЭН)	Гемосорбция, плазмаферез, неогемодез, 0,9% NaCl в/в. Преднизолон до 1200 мг/сут. в/в. Антипротеолитики (контрикал, аминокaproновая кислота). Коррекция водно-электролитного и белкового баланса: внутривенное введение полиглюкина, р-ра Рингера-Локка и др. Антигистаминные препараты в/м, в/в. 10% раствор кальция хлорида 5-10 мл в/в. Мочегонные (лазикс в/в). Сердечные средства (консультация кардиолога). Витамины С, Р. Хирургическое удаление некротических масс. Лечение открытым способом (ожоговые больные). <i>Туалет полости рта, носа:</i> смазывание эрозий раствором химотрипсина, 10-20% раствором буры в глицерине, полоскание рта 1-2% раствором борной кислоты, соды, танина, смазывание участков поражения в полости рта пастой с солкосерилом, гидрокортизоном и др. <i>При явлениях конъюнктивита:</i> капли с дексаметазоном, софрадекс, гидрокортизоновая мазь. <i>На участки пораженной кожи:</i> дезинфицирующие, противовоспалительные, эпителизирующие средства, кортикостероидные комбинированные аэрозоли. <i>На область гениталий:</i> примочки с 1% раствором борной кислоты, 0,1% раствором этакридина лактата, комбинированные аэрозоли
Профилактика	Тщательный аллергоанамнез при назначении медикаментов. Проведение исследований на индивидуальную переносимость медикаментов (кожные пробы, реакция лейколизиса Шелли и др.). Исключение контакта с лекарственными и производственными аллергенами, пищевыми продуктами, к которым повышена чувствительность. Назначение больным медикаментов, обладающих выраженным сенсибилизирующим действием, проводить одновременно с антигистаминными и гипосенсибилизирующими средствами. Больные профессиональной токсидермией подлежат переводу на работу, исключая контакт с производственными аллергенами

Таблица 59. Экзема (инфекционный дерматит)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Общая характеристика	Экзема (eczeo - вскипать) – полиэтиологическое, часто встречающееся кожное заболевание, протекающее остро или хронически с обострениями, часто характеризующееся полиморфизмом высыпных элементов с преобладанием мелких, быстро вскрывающихся («вскипающих») пузырьков и мокнущих эрозий, сопровождающихся зудом и жжением в очагах поражения. В структуре кожной заболеваемости экзема составляет 30-40 % от всех дерматозов	
Факторы риска	Наследственное предрасположение. Сопутствующие аллергические болезни. Стрессовые ситуации, травмы. Очаги хронической инфекции. Желудочно-кишечные расстройства. Дисфункции печени и поджелудочной железы. Эндокринопатии. Пиодермии. Различные химические и биологические вещества, медикаменты	
Патогенез	Положительная ассоциация антигенов гистосовместимости В22 и Сw1 (генетические маркеры экземы). Поливалентная сенсibilизация. Аллергические реакции замедленного типа, в некоторых случаях немедленно-замедленного типа. Повышенный синтез простагландина F2α и цГМФ, дефицит ПГЕ1. Усиление экскреции серотонина тромбоцитами. Снижение функциональной активности нейтрофилов, супрессорной функции Т-лимфоцитов и числа Т-хелперов. Нарушение факторов неспецифической защиты. Недостаточность гипофизарно-надпочечниковой системы. Функциональные нарушения деятельности ЦНС. Накопление парасимпатических медиаторов и аутоиммунных комплексов в коже. Персистенция микробных и других антигенов. Воспаление в эпидермисе и дерме	
Общие признаки экземы	1. Эволюционный полиморфизм. 2. Рецидивирующее течение 3. Симметричность высыпаний. 4. Дермографизм красный	
Классификация по течению	Острая / Подострая (менее выражена)	Хроническая
Стадии экземы и их симптомы	Эритематозная – яркая эритема. Везикулезная – яркая эритема, пузырьки. Мокнущая – яркая эритема, пузырьки, экссудация. Корковая – эритема, корки. Сквамозная – неяркая эритема, чешуйки (рис. 27)	Обострения – папулезная и лихенификация, корки, трещины, везикуляция, чешуйки, неяркая эритема
Субъективные ощущения	Жжение, зуд	Сильный зуд
Гистопатология	Расширение сосудов дермы. Отек дермы. Паракератоз. Спонгиоз	Инфильтрация дермы. Акантоз. Паракератоз. Спонгиоз
Клинические формы и их признаки (рис. 27-29)	<u>Истинная</u> – руки, лицо, нечеткие границы. Симметричное поражение в начале болезни (рис. 28). <u>Себорейная</u> – волосистая часть головы, грудь, наличие дерматита, везикул, жирных чешуек, границы поражения – не яркие. <u>Микробная</u> (паратравматическая) – конечности, начало вокруг язв и ран, четкие границы. Асимметричное расположение в начале болезни (рис. 29). <u>Профессиональная</u> – кисти. Возникает в ответ на действие химических аллергенов в условиях работы. <u>Детская</u> – развивается до 3 лет, сочетает признаки истинной, микробной и себорейной экземы. Атопическое состояние, возможна трансформация в атопический нейродермит	

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Дифференциальный диагноз	<p><u>Контактный дерматит</u> Локализация в месте контакта с раздражителем; резкие границы; быстрое излечение после прекращения действия раздражителя.</p> <p><u>Диффузный нейродермит</u> (атопический дерматит). Отсутствие эволюционного полиморфизма; белый дермографизм; поражение подколенных и локтевых сгибов, шеи, губ</p>
Общая терапия	<p>Гипоаллергенная диета. Устранение возможных аллергенов. Седативные препараты (бромиды, валериана, транквилизаторы, элениум и др.)</p>
Острая мокнущая экзема	<p>10% хлорид кальция 5-10 мл внутривенно № 5-8, или 30% тиосульфат натрия 2-10 мл внутривенно № 10-20. Мочегонные (фуросемид). 25% раствор магния сульфата по 4-10 мл внутримышечно № 10-15. Антигистаминные препараты per os или внутримышечно. Энтеросорбенты (полифепан, белосорб и др.). Индометацин (ингибирует простагландинсинтезу). Ферментные препараты (панкреатин, фестал и др.)</p>
Подострая и хроническая истинная экзема	<p>Гистаглобулин (блокирует продукцию IgE) <u>внутрикожно</u> (0,05-0,1-0,25-0,4-0,6-0,8-1 мл до 2 мл) через 2-3 дня: инъекции распределяются на 8 точек в области правого и левого плеча, в одну точку вводится не более 0,25 мл. Курс инъекций витаминов В₁ и В₁₂</p>
Себорейная экзема	<p>Рибофлавин 0,005-0,01 г в сутки. Курс инъекций витамина В₆. Витамин В₁₅ – 0,05 г 2-3 раза в день</p>
Хронические формы экземы	<p>Пирогенные препараты (пирогенал, продигиозан). Антиоксидантный комплекс. Витамины А, Е, С</p>
Микробная экзема и экзема, осложненная пиодермией	<p>Дополнительно назначают антибиотики</p>
Торпидные распространенные формы экземы	<p>Преднизолон внутрь 20-25 мг 6-8 дней, затем 15 мг в сутки одновременно с анаболиками (неробол, ретаболил). Дипроспан по 2 мл в/м 1 раз в 2 нед., №2-4</p>
Детская экзема	<p>Гипосенсибилизирующая терапия. Эубиотики (бифидум, лактобактерин и др.).</p>
Наружная терапия Стадия мокнутия	<p>Водные примочки с дезрастворами через 1,5-2 ч (1% борная кислота, резорцин и др.). Аэрозоли (оксикорт, дексокорт, пантенол – 2-4 раза в день)</p>
Подострая стадия	<p>Водные и жировые болтушки, пасты. Кортикостероидные лосьоны, кремы, аэрозоли</p>
Хроническая экзема вне обострения	<p>Мази с серой, дегтем, нафталаном (10%), кортикостероидные мази. Общие теплые ванны с отваром ромашки, отрубей, дубовой коры (в подострой стадии)</p>
Физиотерапия	<p>Рефлексотерапия. КВЧ-терапия. Ультрафонофорез с кортикостероидами. Индуктотермия области надпочечников. Букки-терапия на очаги упорной хронической экземы</p>
Меры профилактики рецидивов	<p>Гипоаллергенная диета. Исключение возможных аллергенов, стрессовых ситуаций. Лечение ран, трофических язв, фолликулитов. Санаторно-курортное лечение</p>

Таблица 60. Аллергические васкулиты кожи

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов						
Общая характеристика	Группа дерматозов, в возникновении которых первичную роль играют воспалительные инфекционно-аллергические и аутоиммунные реакции в стенках преимущественно мелких кровеносных сосудов кожи						
Возможные этиологические факторы	Фокальная инфекция. Хронические инфекции. Простудные заболевания. Медикаменты. Пищевые аллергены. Токсические вещества						
Факторы риска	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;">Длительное стояние.</td> <td style="width: 50%;">Гипертония.</td> </tr> <tr> <td>Охлаждение.</td> <td>Заболевания печени.</td> </tr> <tr> <td>Сахарный диабет</td> <td>Неоплазии</td> </tr> </table>	Длительное стояние.	Гипертония.	Охлаждение.	Заболевания печени.	Сахарный диабет	Неоплазии
Длительное стояние.	Гипертония.						
Охлаждение.	Заболевания печени.						
Сахарный диабет	Неоплазии						
Патогенез	<p>Воспалительное поражение эндотелия сосудов кожи.</p> <p>Гиперергическое воспаление (по типу феноменов Санорелли-Швартцмана и Артюса), вызванное воздействием инфекционных агентов:</p> <ul style="list-style-type: none"> - микробных антигенов и комплемента; - микробного иммунного комплекса (АГ + АТ + К); - лимфоцитами, сенсibilизированными микробными антигенами (гиперчувствительность замедленного типа). <p>Аутоиммунными механизмами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - аутологичными иммунными комплексами (ДНК + анти-ДНК + К); <p>Медикаментами:</p> <ul style="list-style-type: none"> - иммунный комплекс (медикамент, связанный с белком организма + АТ + К) – реакция Артюса; - лимфоциты, сенсibilизированные медикаментом (гиперчувствительность замедленного типа) 						
Классификация по топографии поражения сосудов кожи	<p>Поверхностные аллергические васкулиты:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) группа гемосидерозов; 2) группа геморрагических васкулитов; 3) глубокие аллергические васкулиты. <p><i>Гемосидерозы</i> (геморрагически-пигментные дерматозы) – формируются в результате воспалительных изменений эндотелия капилляров и прекапилляров с отложением гемосидерина и повышением в них гидростатического давления.</p> <p><i>Геморрагические поверхностные васкулиты</i> – поражаются капилляры, артериолы и вены дермы.</p> <p><i>Глубокие васкулиты</i> – поражаются сосуды среднего и крупного калибра дермы и гиподермы</p>						
Кольцевидная телеангиэкта-тическая пурпура (болезнь Майокки) и дугообразная телеангиэкта-тическая пурпура Турена	<p style="text-align: center;"><u>Гемосидерозы</u></p> <p>Появляются округлые или дугообразные геморрагические пятна, телеангиэктазии, петехии с последующей очаговой атрофией в местах эффоресценций, без субъективных ощущений. Возможны пурпурозные пятна на слизистых оболочках рта</p> <p>В области голеней, стоп, реже на других участках образуются точечные пурпурозные пятна, склонные к группировке и слиянию, приобретающие ржавый оттенок. Заболевание имеет хроническое течение</p>						
Болезнь Шамберга	<p>На нижних конечностях, затем на туловище, верхних конечностях, лице возникают геморрагические пятна желтовато-коричневого цвета с пурпурозными папулами полигонально-округлых очертаний на их поверхности, сливающиеся в шелушащиеся лихеноидные бляшки неправильной формы. Отмечается легкий зуд, общее состояние не нарушается</p>						
Пурпурозный лихеноидный пигментный дерматит (синдром Гужеро-Блюма)	<p>Характеризуется появлением на нижних конечностях эритематозно-сквамозных пятен желтовато-коричневой окраски, геморрагий с признаками экзематизации (реже на бедрах, ягодицах, туловище)</p>						
Экзематоидная пурпура Дукаса-Капитанакиса	<p>Напоминает экзематоидную пурпуру, однако, с более выраженной лихенификацией пятен, меньшей экзематизацией в очагах и выраженным кожным зудом</p>						
Зудящая пурпура Левенталя	<p>Формируется по ходу варикозно-расширенных вен на нижних конечностях в виде желтовато-бурых пятен с небольшими геморрагическими очагами («цвета желтой охры»). Возможно развитие атрофии кожи, трофических язв, экзематизации</p>						

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Пурпурозный пигментный ангиодермит (синдром Фав-ра-Шэ, охряный дерматит)	Вокруг атрофических белесоватых (желтоватых) округлых пятен на передней поверхности голеней развиваются гиперпигментация и телеангиэктазии
Белая атрофия кожи Милиана	На голенях, бедрах, предплечьях, тыле кистей появляются пигментные, петехиально-пурпурозные пятна, телеангиэктазии, слегка шелушащиеся и зудящие
Сетчатый старческий гемо-сидероз (сенильная пурпура)	Развивается на голенях, стопах у лиц пожилого возраста с нарушениями гемодинамики крупных сосудов и проявляется в виде эритематозно-сквамозных очагов, петехиально-пурпурозных элементов
Ортостатическая пурпура	
Геморрагический васкулит (болезнь Шенлейна-Геноха)	<p style="text-align: center;"><u>Геморрагические поверхностные васкулиты</u></p> <p>Различают следующие формы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - кожно-суставная (геморрагии и пятна, папулы, везикулы, серозные корки, иногда некротическая пурпура, поражение крупных суставов); - абдоминальная (кожные проявления с кишечными кровотечениями и интенсивными болями в животе); - почечная (кожная сыпь и нарушения со стороны почек по типу острого или хронического
	<ul style="list-style-type: none"> геморрагического гломерулонефрита); - злокачественная (геморрагические пятна, папулы, пустулы, везикулы, пузыри; вовлекаются слизистые рта и гениталий, сердечно-сосудистая система, почки, суставы; септическое состояние, мелена, носовые кровотечения); - смешанная. По течению: острое, хроническое, рецидивирующее
Аллергический артериолит Руитера	Выделяют типы: - геморрагический (эритематозные отечные пятна, геморрагии, шелушение); - полиморфно-узелковый (к геморрагическому компоненту присоединяются везикулы, уртикарии, отечные папулы, эрозии, изъязвления, некротический налет); - узелково-некротический (плотные, буроватые, некротизирующиеся и кровоточащие папулы, геморрагические корки, осподобные рубцы, телеангиэктазии. Отличается наиболее тяжелым течением, признаками интоксикации, болями в суставах)
Узелковый некротический васкулит (дерматит Вертера-Вернера-Дюмлинга)	На передних поверхностях голеней, предплечий появляются множественные дермально-гиподермальные узелки бурой окраски на фоне эритематозно-сквамозных пятен с геморрагическим компонентом, некротизирующиеся и образующие язвенные очаги. Возможно распространение сыпи на гениталии, туловище. Протекает хронически с признаками интоксикации, болями в суставах
Геморрагический лейкокла-стический микробид (микро-бид Мишера-Шторка)	На нижних и верхних конечностях, коже туловища, лица, слизистой рта остро возникают эритематозно-геморрагические пятна, на их фоне везикулы, дермальные и гиподермальные узелки, волдыри, которые быстро некротизируются и изъязвляются При гистологическом исследовании выявляется распад ядер лейкоцитов (лейкоклазия)
Острый оспенновидный лихеноидный параспориоз Габерманна-Мухи	Сочетает проявления острого параспориоза и аллергического васкулита Руитера. Начинается с лихорадки, увеличения лимфатических узлов. На коже туловища, бедер, сгибательных поверхностях предплечий, подколенных ямках наблюдаются высыпания диссеминированных папул с наличием скрытого шелушения и феномена «облатки», везикул, оспенных пустул. Возможно появление на слизистой рта белесоватых гладких папул, окруженных очагами гиперемии
Разновидности	<p style="text-align: center;"><u>Глубокие васкулиты</u></p> <p>Острая узловатая эритема Хроническая узловатая эритема:</p> <ul style="list-style-type: none"> - узловатый васкулит Монтоммери-О'Лири-Баркера; - мигрирующая узловатая эритема Беферстедта; - панникулит мигрирующий узловатый (гиподермит Вилановы-Пиньола-Агваде). <p>Узелковый (узловатый) периартериит. Индуриативная эритема Базена (см. табл. 32)</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Острая узловатая эритема	Наблюдается повышение температуры тела, озноб, слабость, боли в костях, суставах, мышцах. В области разгибательных поверхностей голени появляются плотные, болезненные, отечные, воспалительные узлы полушаровидной формы с признаками синюшно-зеленовато-желто-бурой эритемы, которые не сливаются, не изъязвляются и регессируют в течение 3-4 недель без рубцевания и атрофии
Узловатый васкулит (васкулит Монтгомери-О'Лири-Баркера)	Плотноватые, слегка болезненные узлы (чаще множественные) с явлениями эритемы и ознобления располагаются сгруппированно по ходу поверхностных сосудов в области голени, бедер, коленных суставов, ягодиц. Появившиеся одновременно узлы регессируют в течение нескольких месяцев без рубцов и атрофии. Обострение васкулита отмечается в весеннее время
Мигрирующая узловатая эритема Бефферстедта	Возможны продромальные явления (субфебрилитет, озноб, слабость, артралгии). В области голени образуются дермо-гиподермальные узлы (чаще единичные) размером до грецкого ореха, склонные к слиянию (миграции) и образованию крупных конгломератов плотной консистенции, с четкими границами, болезненных. Кожа над узлами синюшно-красная или буроватая. Узлы могут сохраняться в течение нескольких лет
Панникулит мигрирующий узловатый (гиподермит Вилановы-Пиньола-Агваде)	На голени в гиподерме образуются единичные узлы, которые увеличиваются по периферии и превращаются в плотные инфильтраты диаметром до 10-12 см с полициклическими четкими краями. Инфильтрат уплощается с центра за счет серпигинирующего роста с образованием кольцевидного бордюра застойного цвета. На месте узлов остается пигментация. Регресс элементов длится 2-3 месяца, сезонность не характерна
Узелковый (узловатый) периартериит	Начинается остро. Появляется резкая слабость, боли в суставах, животе, области сердца, высокая температура. При тяжелом течении развиваются: острая коронарная недостаточность, абдоминальные боли, острый нефрит с гематурией, повышение артериального давления, невриты, кожные геморрагии, подкожные узлы по ходу артерий и нервов, высокая СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофилезом и эозинофилией. При хроническом течении рецидивы чередуются с ремиссиями.
	Характерен полиморфизм кожных проявлений: узелки, узлы, инфильтраты, телеангиэктазии пятнистая эритема, геморрагии, ливедо, буллезные и язвенно-некротические элементы, очаги сухого некроза, пигментации. Узлы могут существовать до нескольких месяцев (чаще на голени, предплечьях, в области лица, шеи). Кожные проявления нередко сопровождаются развитием отека Квинке, миозитов, появлением на слизистой рта, прямой кишки эрозивно-язвенных элементов
Признаки, подтверждающие диагноз васкулита	<p style="text-align: center;"><i>Поверхностные васкулиты</i></p> <p>Возникновение после инфекционного заболевания. Петехиально-пурпурозная сыпь. Отсутствие кровоточивости, патологии со стороны свертывающей системы крови. Распад ядер лейкоцитов в инфильтрате (микробид). Гистологические особенности поверхностных васкулитов.</p> <p style="text-align: center;"><i>Глубокие васкулиты</i></p> <p>Изменение цвета узла по типу экхимоза. Отсутствие эффекта от противотуберкулезной терапии. Некроз узлов без нагноения, незаживающие язвы, очаги сухой гангрены (узелковый периартериит). Наличие суставного синдрома, изменений со стороны других органов и систем. Выявление гистологических признаков и особенностей глубоких васкулитов</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Дифференциальный диагноз	<p style="text-align: center;"><i>Поверхностные васкулиты</i></p> <p>Лекарственные токсидермии. Многоформная экссудативная эритема. Папуло-некротический туберкулез кожи. Инфекционные экзантемы. Гемофилия, псевдогемофилия.</p> <p style="text-align: center;"><i>Глубокие васкулиты</i></p> <p>Сосудистый аллергид Narkavu. Аллергический гранулематоз. Индуративная эритема Базена, скрофулодерма. Панникулит Вебера-Крисчена. Мигрирующий тромбофлебит. Саркоиды Дарье-Русси. Кальциноз. Сифилитические гуммы. Факоматозы. Злокачественные новообразования кожи</p>
Лечение	<p>Гипоаллергенная диета. Санация очагов инфекции. Лечение сопутствующих болезней (ЖКТ, печени, почек, заболеваний крови)</p>
Гемосидерозы	<p>Десенсибилизаторы. Препараты кальция (кальция глюконат, кальция хлорид, кальция глицерофосфат, кальция пангамат). Витамины: С, рутин, группы В. Ангиопротекторы: продектин, солкосерил, венорутон, дицинон, эскузан, аминокaproновая кислота. Препараты, улучшающие микроциркуляцию (компламин, трентал, теоникол, доксиум). При выявлении очагов инфекции-антибактериальная терапия с учетом переносимости антибиотиков. При явлениях иммуносупрессии-тактивин, тималин и другие иммуностимуляторы. Местно: Дезрастворы в виде примочек и влажно-высыхающих повязок, мази ируксол, солкосерил, троксевазин, кортикостероидные препараты; гелий-неоновый лазер</p>
Геморрагические васкулиты	<p>Наряду с терапией, проводимой при гемосидерозах, назначают: НПВС (индометацин, вольтарен, ортофен, напросин, пироксикам и др.). Гепарин внутримышечно 300-400 МЕ/кг в сутки, или внутривенно 2-3 недели. Кортикостероиды (в тяжелых случаях): преднизолон 30-50 мг в сутки, триамцинолон 16-20 мг в сутки, дексаметазон 6-8 мг в сутки, короткими курсами по 5-7 дней с аналогичными интервалами, рег ос. При выраженном аутоиммунном компоненте, тяжелом течении – гемосорбцию, плазмаферез, цитостатики (циклофосфамид, азатиоприн). Антибиотики – при выявлении очагов инфекции и с учетом индивидуальной переносимости</p>
Глубокие васкулиты	<p>Антибиотики (пенициллины и их полусинтетические аналоги, тетрациклины) с учетом фоновой инфекции и индивидуальной переносимости. НПВС (напросин, ортофен, реопирин и др.).</p>
	<p>Салицилаты. Гепарин внутримышечно 300-400 МЕ/кг в сутки, или внутривенно 2-4 недели. Препараты кальция (кальция глюконат, кальция хлорид, кальция глицерофосфат). Витамины Р, С, антиоксидантный комплекс. Сосудорасширяющие средства (компламин, трентал, теоникол, доксиум). Аутогемотерапия. 2% раствор йодида калия по 1 ст.л. 3 раза в день (хроническая узловатая эритема). Методы детоксикации: раствор глюкозы, изотонический раствор натрия хлорида в/в капельно. В случае неэффективности указанных мероприятий назначают курс кортикостероидной терапии – 30-35 мг/сут в течение 8-10 дней. Местно: Компрессы с ихтиоловой мазью. УВЧ, диатермия, индуктотермия. Ультразвук с гидрокортизоном, нафталанном. УФО (соллюкс)</p>
Узелковый периартериит	<p>Преднизолон, метипред, дексаметазон, триамцинолон в «ударных» дозах до получения терапевтического эффекта с последующим снижением, вплоть до отмены. См. также «Лечение геморрагических и глубоких васкулитов»</p>
Профилактика	<p>Диспансеризация. Предупреждение инфекций, простудных заболеваний, охлаждений, инсоляций, обследования на неоплазии. Санация очагов полости рта и нижней челюсти. Рациональное назначение антибиотиков, других медикаментов. Своевременные профилактические курсы лечения. Рекомендации по трудоустройству, режиму, диетическому питанию. ЛФК. Санаторно-курортное лечение (глубокие васкулиты)</p>

Таблица 61. Профдерматозы

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Профдерматозы – заболевания кожи, в возникновении которых основную роль играют вредности, связанные с условиями труда на производстве. Наибольшую группу профдерматозов составляют аллергодерматозы химической природы
Факторы риска	Аллергические заболевания в анамнезе. Длительное воздействие аллергена. Общая патология (нейроэндокринные нарушения, заболевания ЖКТ и других органов). Нарушение pH поверхности кожи и повреждения рогового слоя (химические вещества, микротравмы). Перегревание. Загрязнение кожи. Охлаждение. Передаваемые инфекции
Этиологическая классификация	Физические и химические факторы. Инфекционная и паразитарная этиология
Группы профдерматозов и их клинические разновидности . Физические причины	Механодерматозы: - оmozолелости; - механический дерматит; - травматические повреждения. От воздействия термических факторов: - ознобления; - отморожения (I, II, III степени); - термические ожоги (I, II, III, IV степени) От воздействия актинических агентов: - солнечный дерматит (I, II степени); - острый рентгенорадиодерматит (I, II, III ст.); - хронический рентгенорадиодерматит; - поздняя рентгеновская лучевая язва; - лучевой рак кожи Электротравмы
Химические причины	Обусловленные воздействием первичных раздражителей: - эпидермит; - контактный дерматит; - химические ожоги I, II, III степени; - изъязвления кожи и слизистых; - онихии и паронихии Аллергические: - аллергический дерматит; - экзема; - токсидермии; - крапивница; - отек Квинке В результате воздействия углеводов: - фолликулиты и акне; - токсическая меланодермия; - ограниченная кератодермия и эпителиоматозные разрастания; - фотодерматит; - профессиональное витилиго (фенолы)
Инфекционной и паразитарной этиологии	Бацилярные: - эризипеллоид; - туберкулез кожи; - сибирская язва; - сифилис Вирусные: - узелки доярок; - дерматозоонозы Микозы: - зоофильная трихофития (животноводов, рабочих мясокомбинатов и др.); - трихомикозы;

	- глубокие микозы; - кандидоз (работники пищевых предприятий, производство антибиотиков и др.)
Патогенез профессиональных аллергодерматозов	Протекают по типу гиперчувствительности замедленного типа. Абсорбция антигенов макрофагами, тучными клетками, нейтрофилами. Кооперативное активирующее взаимодействие с клетками Лангерганса, Т- и В-лимфоцитами. Сенсибилизированные Т- и В-лимфоциты действуют цитотоксически на клетки, несущие антигены. Выделение биологически активных веществ, иммуномедиаторов. Воспалительная реакция кожи
Данные, подтверждающие диагноз профдерматоза	Анамнез. Санитарно-гигиеническая характеристика условий труда. Клиническая картина. Локализация в местах контакта с производственным раздражителем. Возникновение после начала работы на предприятии. Наличие аналогичных заболеваний у других работников. Профессиональные стигмы. При аллергодерматозах: положительные кожные пробы (капельные, компрессные, скарификационные, внутрикожные), иммунологические реакции (реакция специфической агломерации лейкоцитов, повреждение базофилов). Улучшение после прекращения работы и лечения. Заключительная оценка всех указанных данных
Принципы лечения	Устранение действия раздражителя вплоть до перевода на другую работу. Устранение или ослабление факторов риска. Общепринятая терапия
Принципы профилактики и профилактические мероприятия	<i>Санитарно-технические мероприятия:</i> - автоматизация и герметизация процесса; - уборка рабочего места; - совершенствование технологии производства <i>Санитарно-гигиенические мероприятия:</i> - спецодежда, защитные очки, маски, шлемы, респираторы, перчатки, моющие средства; - защитные дерматологические средства (мази, пасты, кремы, биокремы, пленки, средства для санации кожи); - инактивация профессиональных аллергенов с помощью комплексообразователей, ионообменных смол <i>Лечебно-профилактические мероприятия:</i> - лечение микротравм, выявление и лечение больных; - профотбор и проведение аллергологических исследований; - периодические медицинские осмотры; - диспансеризация больных профдерматозами; - лекции и беседы; - санитарно-просветительная работа

НЕЙРОАЛЛЕРГОДЕРМАТОЗЫ (зудящие дерматозы)

Нейроаллергодерматозы – группа часто встречающихся зудящих болезней кожи, ведущим симптомом которых является упорный кожный зуд, преобладание высыпных волдырно-узелковых элементов и лихенификации, объединенных схожими механизмами патогенеза (табл. 62-64).

В развитии нейродерматозов ведущая роль принадлежит наследуемому или врожденному характеру и аллергическим механизмам невротических расстройств, сопровождающихся нейроэндокринными и обменными нарушениями, заболеваниями со стороны внутренних органов, желудочно-кишечного тракта, крови и другими факторами.

Механизмы возникновения зуда недостаточно изучены. Ощущения зуда проводятся по безмиелиновым С-волокам, воспринимающим сигналы из верхних слоев дермы. В формировании зуда могут играть роль биологически активные вещества (гистамин, брадикинин, либераторы гистамина, трипсин, протеазы, простагландины, эндорфины), желчные кислоты, продукты метаболизма, некоторые лекарственные вещества (аспирин, опиаты), эндо- и эктопаразиты.

Больные **кожным зудом** без первичных морфологических элементов подлежат тщательному обследованию на наличие болезней крови, онкологии, печени, поджелудочной железы, почек, обменных нарушений, эндокринопатий, эндопаразитоза, психических нарушений (патомимия), ВИЧ-инфекции.

В группу нейроаллергодерматозов входят:

- 1) кожный зуд (локализованный – аногенитальная область, локализованный, универсальный);
- 2) нейродермит (локализованный, диффузный – атопический дерматит);

- 3) чесотка (детская, взрослых, узловатая);
4) крапивница (острая, подострая, хроническая).

Таблица 62. **Нейродермит. Кожный зуд. Атопический дерматит (АД)**

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Основными симптомами зудящих дерматозов являются: упорный кожный зуд, высыпания неостровоспалительных папул, часто сливающихся в очаги лихенификации, и наличие белого дермографизма
Факторы риска	Генетические (конституциональное наследование). Функциональные нарушения ЦНС, эндокринных органов. Онкозаболевания. Ферментопатии ЖКТ, дисбактериоз. Аллергия к бытовым аллергенам, лекарственным препаратам. Фокальная инфекция. Желудочно-кишечная патология. Заболевания гепатобилиарной сферы, поджелудочной железы. Иммунодефицитные состояния, снижение уровня IgM и IgA, значительное увеличение уровня IgG и IgE
Клинические разновидности	Кожный зуд. Диффузный нейродермит (атопический дерматит). Ограниченный нейродермит
Преимущественная локализация. Диффузный нейродермит (атопический дерматит)	Тыл кистей. Локтевые и подколенные сгибы. Шея. Лицо (рис. 30)
Ограниченный нейродермит	Внутренняя поверхность бедер. Тыл стоп (рис. 31). Шея. Аногенитальная область
Кожный зуд	В очагах возможны лихенификация и экскориации
Клинические симптомы. Диффузный нейродермит (симптомокомплекс) (атопический дерматит)	Основные симптомы: 1) зуд кожного покрова со следами расчесов; 2) у детей, в т.ч. поражение лица с экзематизацией; 3) в старшем возрасте и у взрослых – эритема, лихенификация, зуд; 4) хроническое течение в осенне-зимний период; 5) атопия в анамнезе. Диссеминированные высыпания: - чешуйки;- эритема;- экскориации;- папулы;- лихенификация. SCORAD – площадь поражения кожи, признаки и субъективные симптомы в баллах: > 40 баллов – тяжелое течение (до 103 баллов); от 20 до 30 баллов – средней тяжести; < 20 баллов – легкое течение. «Полированные ногти» (признак длительного упорного зуда). Белый дермографизм. Выраженный пилomotorный рефлекс. Эмоциональная лабильность. Бессонница. Атопический синдром (дерматит, бронхиальная астма, аллергический риноконъюнктивит, хейлит). Признаки малого аддисонизма (гипокортицизм, гипотония, гипогликемия, астенизация, гиперпигментации – хлоазмы)
Ограниченный нейродермит	Очаги с 1) лихенификацией в центре, 2) зоной лихеноидных темного цвета папул и 3) гиперпигментацией по периферии, кровянистые корочки в очагах
Кожный зуд	Лихенификация, экскориации, зуд периодический или постоянный
Начало болезни	Диффузный нейродермит: преимущественно в раннем детстве Ограниченный нейродермит, кожный зуд: в зрелом возрасте (более 20 лет)
Субъективные ощущения	Диффузный нейродермит: сильный зуд. Ограниченный нейродермит, кожный зуд: сильный приступообразный зуд с нанесением биопсирующих расчесов в области очагов, возможно состояние протрации
Течение	Диффузный нейродермит: хроническое с обострениями, летом улучшение. Ограниченный нейродермит, кожный зуд: хроническое
Клинические формы диффузного нейродермита (атопического дерматита)	1. Эритематозно-сквамозная форма (эритема, шелушение, мелкие папулы, пузырьки, эрозии). 2. Эритематозно-сквамозная форма с лихенификацией (с наличием очагов лихенифицированной («шагреновой») кожи). 3. Лихеноидная форма (очаги лихенификации с отеком и инфильтрацией, биопсирующие расчесы, крупные изолированные папулы, сливающиеся в очаги, пиококковые элементы, лимфаденит, возможна эритродермия). 4. Пруригинозная форма (лихенифицированная кожа, разбросанные серозные плотные папулы, глубокие экскориации, рубчики)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Осложнения атопического дерматита	Пиодермия. Экзематизация. Эритродермия, трансформация в Т-клеточную лимфому (редко)
Дифференциальный диагноз нейроаллергодерматозов	Хроническая себорейная экзема. Аллергический дерматит. Т-клеточная лимфома кожи. Почесуха (детская и взрослых, узловатая). Чесотка, постскабиозная лимфооплазия. Укусы насекомых. Кожный зуд с паранеоплазиями
Общее лечение Диффузный нейродермит (атопический дерматит)	<u>Стадия выраженного обострения</u> Кортикостероиды внутривенно капельно, рег ос, или внутримышечно (дипроспан – 2,0 № 2-3 в 2 недели), кратковременно. 10 % раствор альбумина капельно в/в. Антигистаминные препараты парентерально. Гепарин до 20 000 ЕД/сут. подкожно, неогемодез 200-400 мл в/в капельно. Энтеросорбенты. <u>После снятия общих явлений:</u> Гистаглобулин. Анаболические гормоны. Сосудорасширяющие средства. Аутосеротерапия. Иммуностимулирующая терапия (тактивин, тималин). Витамины группы В, А, Е. Эубиотики (бифидумбактерин и т.п.). Ферментные препараты (фестал, мезим). Гипоаллергенная диета. УФО, УФОК. Рефлексотерапия. <u>При неэффективности вышеуказанной терапии</u> ПУВА-терапия или иммунодепрессанты (сандиммун-неорал)
Ограниченный нейродермит и кожный зуд	Гипносуггестивная терапия. Электросон. Рефлексотерапия. Антигистаминные препараты. Седативные средства. Витамины группы В, А, Е. Диета. Обследование у онколога
Местное лечение Диффузный нейродермит (атопический дерматит)	Кортикостероидные мази. Мази с серой, дегтем, нафталаном, АСД. Озокерит, парафин, сапропель. УФО общее. Общие теплые ванны с хвойным экстрактом, валерианой, оксидатом торфа, ромашкой, морской солью и др.
Ограниченный нейродермит и кожный зуд	Фонофорез. Букки-терапия. Обкалывание очагов кортикостероидами (дипроспан, кеналог), водными растворами красителей. Лазеротерапия. Криотерапия. Эритемные дозы УФО. Мази и пасты с АСД. Окклюзионные повязки на очаги с кортикостероидами сильного и очень сильного действия (клобетазол)
Профилактика рецидивов	Диспансерное наблюдение. Диета. Устранение домашних аллергенов. Ослабление факторов риска. Повторные курсы гистаглобулина. Аутосеротерапия. Энтеросорбенты. Антиоксиданты. УФО, гидротерапия. Санаторно-курортное лечение

Таблица 63. Крапивница (urtikaria)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов	
Общая характеристика заболевания	Полиэтиологический, токсико-аллергический дерматоз, проявляющийся, как правило, острой кожно-слизистой волдырной реакцией и сильным зудом в участках высыпаний на коже	
Факторы риска	Семейная атопия. Пищевые и ингаляционные аллергены. Фокальная инфекция. Медикаменты. Парапρωтеинемия. Опухолевый процесс. Глистная инвазия. Физические факторы (солнце, холод). Заболевания желудочно-кишечного тракта, печени, почек. Укусы насекомых. Беременность	
Патогенез	Гиперергическая реакция немедленно-замедленного типа. Дегрануляция тучных клеток, выделение биоактивных медиаторов воспаления, компонентов комплемента, увеличение IgE. <i>Гистаминергический вариант</i> (избыточное выделение гистамина и других биологически активных веществ, снижение активности ферментативных систем, инактивирующих гистамин, резкое уменьшение (отсутствие) гистаминпексии сыворотки крови, резкое расширение капилляров, повышение их проницаемости, острый отек сосочков дермы и подслизистого слоя). <i>Вариант с гиперпродукцией брадикинина</i> и других биологически активных веществ (интерлейкины, простагландины и др.). <i>Холинергический вариант</i> (преобладание выделения ацетилхолина). <i>Адренергический вариант</i> (повышение в крови содержания адреналина, норадреналина, IgE). <i>Аутоагрессивный вариант</i> (диспротеинемия с накоплением внутриклеточных протеаз, образование циркулирующих иммунных комплексов с последующей сосудистой реакцией, гиперпродукция IgE, дефицит IgA)	
Классификация по течению и клинические симптомы крапивницы	<u>Острая</u> : Волдыри темно-розового цвета с беловатым оттенком, появляются внезапно, периодически существуют 1-2 ч, и исчезают в течение нескольких часов. При обильных высыпаниях волдыри часто сливаются, занимая значительные участки кожного покрова. Возможен озноб, расстройства ЖКТ, невротическое состояние. Характерен красный дермографизм. <u>При подостром процессе</u> проявления менее выражены	<u>Хроническая</u> : - рецидивирующая (высыпание волдырей протекает подостро, с ремиссиями, в течение ряда лет); - стойкая папулезная (рецидивы волдырей сопровождаются полиморфно-лимфоцитарной инфильтрацией и принимают стойкий папулезный характер); - солнечная (волдырная реакция развивается на открытых участках у лиц с нарушениями обмена порфиринов, обладающих фотодинамическим эффектом); - холододовая (возникает в холодное время года у лиц с дефицитом иммуноглобулина А с заболеваниями толстого кишечника)
Субъективные ощущения	Зуд. Жжение	
Осложнения	Острый отек Квинке. Быстро развивающийся отек лица, слизистых носоглотки, половых органов. При отеке гортани (глотки) может вызвать стеноз и асфиксию	
Дифференциальный диагноз	Лекарственная или алиментарная токсидермия (полиморфизм элементов сыпи – везикулы, пузыри, эритема, шелушение). Синдром Мелькерссона-Розенталя (складчатый язык, парез лицевого нерва, стойкий отек верхней губы). Рожистое воспаление (гиперемия с резкими границами «языками», температура, озноб)	

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общее лечение Острая крапивница	Устранение возможного аллергена; гипоаллергенная диета; препараты кальция per os, внутривенно, внутримышечно; антигистаминные препараты внутривенно, внутримышечно; 10-15% магия сульфат 1 ст.л. 3-4 раза в день (слабительный эффект); энтеросорбенты (карболен, белосорб, полифепан). Антибрадикининовые препараты (унитиол, альфа-аминокапроновая кислота, салицилаты, пармидин и др.). Антихолинергические препараты (беллоид, беллатаминал, атропина сульфат). Бета-адреноблокаторы (анаприлин, индерал, оксипренолол) – адренергическая крапивница. Методы детоксикации (гемосорбция – энтеросорбция с сорбентами «овосорб», «ИГИ», «СКН»); 30% раствор тиосульфата натрия 10 мл в/в ежедневно.
Отек Квинке	Адреналина гидрохлорид 0,5-1 мл 0,1% раствора подкожно; при признаках удушья парентерально преднизолон 60-90 мг в сутки и более, антигистаминные с 10% хлоридом кальция 10,0 внутривенно, лазикс 2 мл в/в
Хроническая крапивница	Проводят детоксикационные мероприятия, коррекцию невротических расстройств; витамины А, С, В ₂ , В ₁₂ , В ₆ , пангамат, пантотенат кальция, эубиотики (бифидум, лактобактерин и др.). Курсы гистаглобулина, аутосеротерапии, аутогемотерапии, пирогенные препараты, общее УФО, УФОК, паравертебрально ультразвук, общие теплые ванны с добавлением морской соли, ромашки, пшеничных отрубей и др. ПУВА-терапию, циклоспорин А (сандиммун-неорал) применяют в случаях неэффективности вышеприведенной терапии
Местное лечение	Спиртовые растворы противозудные. Взбалтываемые смеси. Индометациновая, бутадиионовая мази, кортикостероидные препараты
Профилактика рецидивов	Ослабление факторов риска. Курсы гистаглобулина. Сероводородные, радоновые ванны. Реабилитация больных в санаториях желудочно-кишечного профиля

Таблица 64. Почесуха (пруриго)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Разновидности и общая характеристика	1. Детская почесуха (строфулюс) – начинается чаще на первом году жизни ребенка в виде уртикарий и серозных папул. 2. Почесуха взрослых (строфулюс) – встречается реже, чем у детей, проявляется отечными папулами с микровезикулами на их поверхности. 3. Узловатая почесуха – встречается редко, характеризуется развитием плотных крупных гипертрофических папул с локализацией на туловище, голених и предплечьях с весьма упорным течением
Факторы риска Детская Взрослых Узловатая	Экссудативно-катаральная конституция. Нарушения ЦНС, фотосенсибилизация, сахарный диабет, болезни крови, системные заболевания, дискинезии желчевыводящих путей, беременность. Стрессовые ситуации, укусы насекомых, эндокринопатии, хронический гепатит (цирроз), гепатохолецистит, канкрозы
Патогенез	Ферментопатии ЖКТ. Сенсибилизация к пищевым продуктам (грудное и коровье молоко, грибы, шоколад, яйца, цитрусовые, земляника, рыба и др.), лекарственным веществам. Эндогенная интоксикация. Аутоагрессивные комплексы токсического и аутоаллергического характера

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Клиническая картина Детская почесуха Почесуха взрослых Узловатая почесуха	Большое количество разбросанных эритематозно-сквамозных, папуловезикулезных, уртикарно-розеолезных элементов, серозные корки, эксфолиации, увеличение лимфатических узлов. Локализация: разгибательные поверхности конечностей. Беспокоит сильный зуд, выражены невротические расстройства. Зудящие изолированные, плотной консистенции, конической или полушаровидной формы папуло-волдырные элементы на разгибательных поверхностях конечностей, на коже спины, ягодиц, живота. Эксфолиации в области элементов, геморрагические корки, пиодермические элементы. Полиаденопатия. Плотные полушаровидные узелки и узлы (5-15 мм и более в диаметре) буровато-красного цвета, с гладкой или бородавчатой поверхностью. Располагаются чаще на нижних конечностях, реже на верхних конечностях и туловище. Беспокоит мучительный зуд в области элементов. Увеличенные, плотные регионарные лимфатические узлы
Гистопатология	<p><i>Детская почесуха и почесуха взрослых</i> Спонгиоз, акантоз, периваскулярная инфильтрация, отек сосочкового слоя дермы.</p> <p><i>Почесуха взрослых</i> Гиперпролиферация рогового, частично зернистого слоя, акантоз. В дерме инфильтрат из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов. Деформация коллагеновых и эластических волокон. Гиперплазия нервных окончаний и сплетений</p>
Дифференциальный диагноз Детская почесуха	<p><i>Диффузный нейродермит</i>: наличие сплошных очагов лихенификации и пигментации, преимущественная локализация на сгибательных поверхностях конечностей. <i>Чесотка</i>: типичная локализация, парные элементы, обнаружение чесоточного клеща. <i>Распространенная токсидермия</i>: высыпания по типу экземопоподобных элементов, красного плоского лишая, многоформной экссудативной эритемы, поверхностных васкулитов, инфекционных сыпей (корь, скарлатина, краснуха)</p>
Почесуха взрослых	<p><i>Дерматит Дюринга</i>: полиморфизм элементов, герпетиформность высыпаний, повышенная чувствительность к йоду, эозинофилия в жидкости пузырей. <i>Чесотка</i> <i>Токсидермии (пищевые, лекарственные)</i></p>
Узловатая почесуха	<p><i>Почесуха взрослых</i>: более распространенные высыпания милиарного характера, чесоточная лимфопазия. <i>Красный плоский лишай (бородавчатая форма)</i>: наличие характерных папул с плоской, блестящей поверхностью, лилового оттенка, с пупковидным вдавлением в центре</p>
Лечение Детская почесуха	<p>Разбавление грудного материнского молока (или донорского). Раннее включение в рацион кисломолочных продуктов. Эубиотики (бификол, бифидумбактерин и т.п.). Антигистаминные препараты в течение 10-14 дней (фенкарол, тавегил, кетотифен, кларитин). Витамины А, В, С. Общее УФО, субэритемные дозы. Иглорефлексотерапия. Ванны с фитодобавками, сероводородные. Противозудные мази с димедролом, нафталином, ихтиолом, АСД. Санаторно-курортное лечение</p>
Почесуха взрослых	<p>Гипоаллергенная диета. Коррекция невротических расстройств. Антигистаминные препараты (кларитин, кестин и др.). Эубиотики. Витамины группы В, А, Е. Энтеросорбенты. Гемодез, гемосорбция. Ферментные препараты (фестал, дигестал, панзинорм). Унитиол, тиосульфат натрия. УФО крови. Иммуномодуляторы, иммуноглобулин, антистафилококковая плазма. Этимизол, глицирам, индуктотермия области надпочечников. Местно – противозудные мази, растворы кортикостероидов</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Узловатая чесука	<p>Гипоаллергенная диета.</p> <p>Лечение заболеваний печени, эндокринных расстройств, опухолевых интоксикаций.</p> <p>Коррекция невротических расстройств (психотропные средства, транквилизаторы и др.).</p> <p>Антигистаминные и седативные препараты (фенкарол, тавегил, кетотифен, кларитин).</p> <p>Мази и кремы с содержанием дегтя, серы, ихтиола, АСД.</p> <p>Спиртовые растворы с содержанием фенола (2%), ментола (1-2%), анестезина (5%), лимонной кислоты (2-4 %).</p> <p>Орошение хлорэтилом, жидким азотом.</p> <p>Введение в очаги кортикостероидов.</p> <p>СО₂-лазеротерапия.</p> <p>Диатермокоагуляция.</p> <p>Букки-терапия</p>

ПАПУЛЕЗНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Таблица 65. Псориаз (чешуйчатый лишай)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	<p>Псориаз – хронический рецидивирующий дерматоз, характеризующийся мноморфными воспалительными папулезными высыпаниями розового цвета, обильным серебристым шелушением элементов, с тенденцией к распространению и утяжелению кожного процесса в течение жизни больного, в некоторых случаях вызывающий серьезные изменения в различных органах и тканях (суставы, позвоночник, печень, почки)</p>
Этиологии заболевания	<p>1. Генетическая. 2. Вирусная. 3. Обменная (холестериноз кожи)</p>
Факторы риска	<p>Наследственное предрасположение. Острый и хронический стресс, функциональные нарушения ЦНС.</p> <p>Инфекции (вирусная, стафилококковая, стрептококковая).</p> <p>Проявления атеросклероза (ИБС, мозговой инсульт).</p> <p>Сахарный диабет. Микседематозный статус.</p> <p>Нарушения обменных процессов (жировой, углеводный). Заболевания печени.</p> <p>Атерогенный профиль питания.</p> <p>Время года (осенний, зимний, весенний периоды)</p>
Патогенез (рис. 32)	<p>Мультифакториальный тип наследования с генетической компонентой 60-70%, средовой 30-40%.</p> <p>Связь кожных проявлений с антигенами гистосовместимости В₁₃, В₁₇, кожных проявлений и артропатии с АГ В₁₇, В₂₇, В₃₃, В₄₀, (известны PSORS I-VII, IX), более 20 локусов генетической предрасположенности.</p> <p>Стойкое расширение сосудов сосочкового и сетчатого слоев дермы.</p> <p>Высокая пролиферативная активность кератиноцитов и фибробластов, снижение ингибиторов пролиферации – кейлонов; увеличение скорости оборота эпидермоцитов (в 7 раз).</p> <p>Сохраняющаяся патологическая пролиферация кератиноцитов и фибробластов в переживающих средах. Время клеточного цикла базальных кератиноцитов сокращается до 4 суток (в норме 28 суток).</p> <p>Нарушения регулирующего влияния клеток Лангерганса и гуморальных факторов (гормон роста, дегидроэпиандростенолон и др.). Дисбаланс в системе цАМФ/цГМФ, повышение активности фосфодиэстеразы. Повышение в коже уровня полиаминов, простагландинов, активности протеиназ, содержания арахидоновой кислоты, лейкотриенов, жироподобных веществ.</p> <p>Хемотаксис нейтрофилов в эпидермис.</p> <p>Накопление в коже гистаминоподобных веществ.</p> <p>Высвобождение цитокинов моноцитами, кератиноцитами, Т-клетками и дендритных клеток. Кератины увеличиваются 6, 16, 18, возникает кератин 17, нарушается синтез белков дифференцировки кератиноцитов.</p> <p>Увеличение Т-клеток и антигенпрезентирующих клеток (АПК); цитокинов 17, 23, α-некроста опухолей и др. в дерме, кератиноцитов, их адгезивных молекул; Т-хелперные инфильтраты в пораженной коже.</p> <p>Дисбаланс иммуномедиаторов (интерлейкины, лимфокины, костимулирующие</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>молекулы).</p> <p>Количественные и функциональные изменения иммунокомпетентных клеток, неспецифических факторов защиты.</p> <p>Снижение содержания витамина D₃ и перекисного окисления липидов в пораженной коже.</p> <p>Дислипидотеинемии, нарушения оттока холестерина из кожи (рис. 32).</p> <p>Повышение коагуляционного потенциала крови</p>
Клинические формы и симптомы	<p>Обычная форма. Эпидермально-дермальные папулы, серебристо-белые чешуйки, бляшки (рис. 33), иногда зуд. Локализация – разгибательные поверхности конечностей (рис. 34). Клинические изменения в суставах у 5-7 % больных, рентгенологические – у большинства больных.</p> <p>Экссудативная. Эпидермально-дермальные папулы, бляшки, их эксфолиация, чешуйко-корки, часто зуд. Локализация – различные участки кожного покрова, нередко поражение складок, ногтей и аплещев кистей.</p> <p>Эритродермия. Универсальная эритема, инфильтрация, шелушение, зуд, частое увеличение лимфоузлов, температура, признаки интоксикации.</p> <p>Артропатическая форма (дистальная и аксиальная формы) Деформация суставов, анкилозы, мутиляции, поражение кожи, боль, рентгенологически – остеопороз, сужение суставных щелей, остеолизис, остеофиты, кистозные просветления костной ткани.</p> <p>Поражение ногтей. Наперстковидная истыканность, разрушение ногтевых пластинок кистей (точечная форма); утолщение, деформация ногтей с явлениями онихогрифоза (гипертрофическая форма); истончение и лизис ногтевых пластинок (атрофическая форма)</p>
	<p>Пустулезный генерализованный псориаз Цумбуша Эритематозно-сквамозные бляшки эпидермально-дермального характера с пустулезными высыпаниями, корочки, гнойные элементы по типу смешанного импетиго, сливающиеся в «гнойные озера»; лихорадка, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ; изменения ногтей, поражения суставов, иногда почек, слизистой рта, глаз.</p> <p>Ладонно-подошвенный пустулезный псориаз (тип Барбера) Эритематозно-папулезно-пустулезные поражения кистей и стоп</p>
Патогномоничные симптомы обычного псориаза «Псориа-тическая триада»	<ol style="list-style-type: none"> 1. «Стеариновое пятно» (снятие чешуек, стеариновое пятно). 2. «Терминальная пленка» (пленка шиповатых клеток). 3. «Точечное кровотечение» Ауспитца (папилломатоз, капельное кровотечение). <p>Наиболее четко определяются в прогрессирующую стадию заболевания</p>
Гистологические признаки обычного псориаза	<p>Гипер- и паракератоз. Агранулез. Акантоз. Папилломатоз.</p> <p>Экзоцитоз лимфоцитов и нейтрофилов (субкорнеально) – нейтрофильные микроабсцессы Мунро.</p> <p>Отек и расширение сосудов в сосочках, по их ходу скопления лимфоцитов, гистиоцитов; в сетчатом слое – расширение сосудов и инфильтрация менее выражены</p>
Стадии течения и признаки, определяющие стадию	<p><u>Прогрессирующая стадия</u> – появление новых мелких высыпаний насыщенно-розового цвета, периферический рост элементов с наличием эритематозного бордюра, положительная изоморфная реакция, четко определяется псориатическая триада.</p> <p><u>Стационарная стадия</u> – новые элементы не появляются, имеющиеся высыпания сохраняются.</p> <p><u>Регрессирующая стадия</u> – разрешение высыпаний и образование вокруг них псевдоатрофического ободка Воронова</p>
Дифференциальный диагноз	<p>Красный плоский лишай (полигональная форма элементов, восковидный блеск высыпаний, пупкообразное вдавление в центре папул, сетчатый рисунок на поверхности папул).</p> <p>Папулезный сифилид (полушаровидная форма папул, медно-красный цвет, воротничок Биетта, наличие бледной трепонемы, РПГА положительная).</p> <p>Парапсориаз (феномен «облатки», феномен «пурпуры» при пощипывании элемента сыпи, наличие прикрепленной пластинчатой чешуйки на месте рассосавшегося элемента (симптом «коллодийной пленки»), феномен «скрытого шелушения»).</p> <p>Болезнь Рейтера (уретрит, конъюнктивит, артрит, псориазиформные высыпания на подошвах, головке полового члена, полости рта с тенденцией к экссудации и пустулизации)</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Средства и методы общего лечения	<p>Коррекция выявленных сопутствующих заболеваний:</p> <ul style="list-style-type: none"> - печени, желчного пузыря, ЖКТ, поджелудочной железы, нарушений липидного обмена; - эндокринной сферы – щитовидной железы, поджелудочной железы, надпочечников, явлений дисэнцефалеза, гипоталамического синдрома; - нарушений гемопоэза; - иммунной системы, цитокины (17,23, α-некроза опухолей и др), лимфокины, костимулирующие молекулы. - нервно-психической сферы. <p><u>Лечение прогрессирующей стадии:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - начинают с в/м введения антигистаминных препаратов (тавегил, пипольфен, супрастин, димедрол); - 30% тиосульфат натрия внутривенно 3-10 мл ежедневно №10 или 10% раствор кальция хлорида 5-10 мл в/в, ежедневно № 4-5, затем через день № 4-5. <p>Одновременно назначают бромиды, валериана. (транквилизаторы – осмотр психотерапевта).</p> <p>Проводят витаминотерапию: курс инъекций витаминов В₁, В₆, В₁₂, фолиевой кислоты, витамина С.</p> <p>Витамин А по 100 000 МЕ в сутки внутрь или в/м.</p> <p>«Аевит» 1 капсула 2-3 раза в сутки, витамин D₂ – 2000 МЕ/кг в сутки.</p> <p><u>При нарушениях жирового обмена:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - препараты никотиновой кислоты, теоникол (1 таблетка 3 раза в сутки), трентал 0,1 г 3 раза в сутки; - липамид, липоевая кислота, метионин; - эссенциале по 5-10 мл в/в на аутокрови ежедневно №10, затем по 2 капсулы 2-3 раза в день в течение 1-2 месяцев; - экстракт солянки холмовой: (лохеин) – по 1 ч/ложке 3 раза в день в течение 1 мес; - полифепан по 1 десертной ложке натощак ежедневно в течение двух недель
	<p>Пирогенал – 5 мкг в/м, через 2-3 дня дозу повышают в 2 раза, на курс до 100 мкг.</p> <p>Продигиозан – 20-25 мкг (0,5-0,6 мл 0,005% раствора) в/м, каждое введение повышают на 20-25 мкг, максимальная разовая доза – 100 мкг, инъекции проводят 2 раза в неделю, на курс № 5-7</p> <p>Экстракт плаценты 1 мл п/к ежедневно № 25-30.</p> <p>Спленин 1-2 мл ежедневно № 10</p>
	<p>Приведенные средства являются основными для лечения обычных форм с поражением до 1/3 кожного покрова. Назначают также курс общего УФО №1 5-20, УФБ (311 нм) – № 15-20.</p> <p><i>При эритродермии, тяжелых формах псориаза (обычного или экссудативного), псориатической артропатии (см. табл.82):</i></p> <p>Гепарин и капельные введения гемодеза (см. табл. 67).</p> <p>Базисная терапия + метотрексат, или этретинат, или циклоспорин А, которые комбинируют с методом ПУВА-терапии, гемосорбцией, плазмаферезом; при артропатии назначают нестероидные противовоспалительные препараты, D-пеницилламин, курс УФБ-терапии.</p> <p>Иммунобиологические препараты (Ремикейд, Хумира, Стелара и др.) – назначают при торпидных формах псориаза и поражении суставов</p>
Средства и методы наружного лечения в зависимости от стадии заболевания	<p><i>Прогрессирующая стадия:</i> 1-2 % салициловая мазь, крем Унны, кортикостероидные кремы или мази (2-3 раза в неделю).</p> <p><i>Стационарная стадия:</i> 3 % салициловая мазь, 5-10% нафталановая мазь, 2-5% серно-дегтярная мазь, дитранол (дитрастик), псоркутан, гидротерапия, общее УФО при зимней, (смешанной) форме.</p> <p><i>Регрессирующая стадия:</i> 3-5% салициловая мазь, 10-20% нафталановая мазь, 5-10% серно-дегтярная мазь, мазь Рыбакова (автоловая), дитранол, псоркутан, псориазин, антипсориастик, общее УФО при зимней, смешанной формах, гидротерапия</p>
Профилактика рецидивов	<p>Диета, бедная углеводами и жирами, богатая овощами и рыбными продуктами.</p> <p>Устранение или ослабление факторов риска.</p> <p>Лечение сопутствующих заболеваний.</p> <p>Курсы витаминотерапии, фитотерапии, липотропные средства, УФО, поддерживающая ПУВА-терапия.</p> <p>Бальнеотерапия (оксидат торфа, морская соль, фитодобавки и др.).</p> <p>Санаторно-курортное лечение.</p>

Таблица 66. Алгоритм постановки развернутого диагноза псориаза

Критерий	Описание критериев
Распространенность процесса	1. Ограниченный (единичные бляшки на локтях, в области коленных суставов, других участках тела). Волосистой части головы. 2. Диссеминированный (распространенный) – множество элементов на различных участках тела. 3. Диффузный (слившиеся бляшки, занимающие значительные участки кожи) или частичная (парциальная) эритродермия. 4. Эритродермия – универсальное поражение кожного покрова
Характер папулезных элементов	Типичная сыпь (вульгарный псориаз). С экссудацией (экссудативный псориаз). С себорейным компонентом. В складках (интертригинозный). С пустулизацией (пустулезный псориаз)
Величина элементов	1. Мелкобляшечный (папулы милиарного, лентикулярного, монетовидного характера). 2. Бляшечный (бляшки до детской ладони – 6-7 см). 3. Крупнобляшечный (изолированные бляшки с ладонь взрослого человека – 15 см и более). 4. Диффузные бляшки (сплошные бляшки, занимающие отдельные участки тела – кожу живота, спины, конечностей). 5. Универсальное поражение (весь кожный покров представляет сплошную пораженную поверхность)
Степень инфильтрации бляшек	1. Легкая – умеренная. 2. Выраженная (значительная) – среднетяжелая. 3. Резкая – тяжелая и с наличием трещин и их кровоточивости
Тяжесть течения	1. Обычная (нетяжелая форма – поражение до 1/3 кожного покрова). 2. Среднетяжелая форма (поражение составляет 30-50% кожного покрова). 3. Тяжелая (поражение 50-70% кожного покрова). 4. Очень тяжелая (поражение кожи свыше 70%, универсальная эритродермия). Оценка псориатического поражения PASI (Psoriasis Area and Severity Index). Для полуколичественной оценки тяжести псориатических поражений используют PASI в баллах: голова-шея – 10% (0,1), верхние конечности – 20% (0,2), туловище – 30% (0,3), н/конечности – 40% (0,4). Симптомы в баллах – эритема, инфильтрация, шелушение и площадь: отсутствуют – 0; легкое – 1 (<10); умеренное – 2 (10<30), тяжелое – 3 (30<50), тяжелое – 4 (50<70 и более). Более тяжелые формы псориаза – 18-20 баллов и более высокое и очень высокое с 40-50 до 72 баллов. Степень поражения умножают на площадь и коэффициент локализации поражений. Складываются все баллы
Наличие явлений артропатии	Вовлечение суставов, позвоночника (с указанием топографии)
Поражение придатков кожи	Характер поражения ногтевых пластинок (истыканность, «масляное пятно», дистрофия)
Определение стадии заболевания	Прогрессирующая. Стационарная. Регрессирующая. Установление стадии играет важную роль в выборе средств общего и местного воздействия
Сезонность высыпаний	Зимний тип (обострение в осенне-зимний период). Летний тип (обострение в весенне-летний период). Смешанный тип (внесезонный)
Чувствительность к УФ лучам	Фоточувствительный (УФ лучи оказывают положительный лечебный эффект, способствуют регрессу элементов, без раздражения окружающей их кожи). С явлениями фотосенсибилизации – выявляется фототоксическое действие УФ лучей на пораженную и окружающую кожу: фотодерматит, болезненность кожи. УФО таким пациентам врачи проводить не рекомендуют
Частота рецидивов	Редко рецидивирующий (обострения 1 раз в несколько лет). Умеренно рецидивирующий (обострения через 1-2 года). Часто рецидивирующий (ремиссия сохраняется 1-3 месяца после лечения). Непрерывно рецидивирующий (торпидный) – неполный лечебный эффект, обострение заболевания в течение месяца после выписки из стационара
Зависимость от системных препаратов	Кортикостероиды. Метотрексат. Ретиноиды. Циклоспорин. ПУВА-терапия. Иммунобиологические препараты
Пример описания диагноза	Распространенный обыкновенный (вульгарный) псориаз, мелкобляшечный, типичная форма, прогрессирующая стадия, зимний тип, фоточувствительный, умеренно рецидивирующее течение

Таблица 67. Средства и методы терапии тяжелых форм псориаза*

Лекарственное средство или метод	Методика применения	Контрольные исследования
1	2	3
Метотрексат – антагонист фолиевой кислоты, подавляет клеточные митозы	По 2,5 мг 2 раза в день в течение 5 дней с интервалами между циклами по 3 дня. 10-50 мг внутримышечно однократно с недельными интервалами. Курс лечения 4-5 недель	Состояние периферической крови (количество тромбоцитов, лейкоцитов), контроль функции печени (биохимический анализ, УЗИ)
Азатиоприн – антиметабо-лит, структурный аналог пуриновых оснований	4 мг/кг сутки внутрь в 3 приема ежедневно; при стабилизации процесса до 50 мг 1 раз в 5 дней до отмены препарата; курс 4-5 недель	
Эtretinat (тигазон) – производное ретиноевой кислоты	30 мг/сут.; через 2-4 недели дозу увеличивают до 75 мг/сут. После достижения терапевтического эффекта поддерживающая доза 30 мг/сут. Курс лечения 6-8 недель. Наиболее эффективен при пустулезном псориазе. Эффект лечения усиливается при комбинировании с ПУВА-терапией	Признаки гипервитаминоза А. Наблюдение офтальмолога, невропа-толога, гинеколога, рентгенография костей
Циклоспорин А (сандим-мун-неорал – подавляет секрецию интерлейкинов и других лимфокинов активированными Т-лимфоцитами)	2,5-7 мг/кг перорально в 2 приема. Максимальная суточная доза 5 мг/кг. Курс лечения около 6 недель, затем подбирают поддерживающую дозировку препарата	Контроль артериального давления, креатинина сыворотки крови, функции почек 1 раз в неделю
ПУВА-терапия УФО 320-390 нм + пувален – цитостатический эффект базальных клеток	0,6 мг/кг пувалена принимают однократно за 2 ч до облучения. Ритм облучения 3-4 раза в неделю. Начальная доза УФО 1,5-2 Дж/см ² . Через каждые две процедуры дозу постепенно увеличивают на 1,5-2 Дж, до максимальной 12-14 Дж/см ² . При плотности излучения 10-12 мВт/см ² время облучения составляет 2-18 мин. Поддерживающая терапия 2 раза в неделю в течение 3-4 недель, затем 1 раз в неделю в течение месяца, далее 1 раз в месяц. Суммарное количество облучений за год 35-50, общая доза облучения 300-600 Дж/см ² . Основной курс лечения 15-20 процедур. ПУВА-терапию комбинируют с приемом эссенциале или ароматическими ретиноидами	Возможно развитие фотодерматита, гипертрихоза, хейлита, угрей, кандидоза слизистых, фурункулеза, плоских бородавок, кератом, рака кожи, редко – снижение либидо
Кортикостероиды (артропатия)	Применяют в острой стадии тяжелой формы и артропатического псориаза.	Контроль артериального давления, появление стероидной язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, уровня сахара крови
Триамцинолон (артропатия)	16-20 мг в сутки, после улучшения дозу снижают на 1-2 мг каждые 2-3 дня	
Дексаметазон (артропатия)	10-16 мг/сут. Поддерживающая доза 2-4,5 мг/сут. Суточную дозу кортикостероидов назначают преимущественно в утренние часы при обострениях, артропатиях	
Гепарин	По 5 000 ЕД 4 раза в сутки внутримышечно в течение 10 дней, затем 2 раза в сутки 10 дней, после достижения клинического эффекта 1 раз в сутки в течение 7-10 дней	Контроль свертываемости крови через 1-2 недели
Методы детоксикации		
0,9% NaCl	300-400 мл в/в капельно с интервалом 1-2 дня, на курс 9-10 вливаний	Контроль артериального давления
Гемосорбция	Проводится с помощью фильтров («Овосорб», СКН-1к, 2к, 4м). За одну процедуру очищают 1,5-2 объема крови пациента. Процедуры повторяют через 5-7 дней, проводят 3-5 таких сеансов	Проводят в отделениях детоксикации

Лекарственное средство или метод	Методика применения	Контрольные исследования
Плазмаферез	В течение курса лечения (в среднем 3 процедуры) у пациента забирается около 4 л плазмы, для компенсации вводится альбумин, кровезаменители	
Ультрафиолетовое облучение крови	За одну процедуру подвергается воздействию УФО на аппарате типа «Изольда» кровь из вены пациента в среднем 2 мл/кг массы тела. На курс 5-7 процедур	
Иммуномодуляторы Тактивин Тималин	100 мкг в нижний угол лопатки подкожно в 1, 3, 6, 13 и 20-й день лечения. 5-20 мг/сут в/м в течение от 3 до 10 дней (до 100мг/сут.)	
Нестероидные противовоспалительные средства (артропатия) Индометацин Напроксен Бруфен	Применяют при артропатическом псориазе. 0,025-0,5 г внутрь 3 раза в день. 0,5-0,75 г внутрь 2 раза в день. 0,2 г внутрь 3-4 раза в день. Курс лечения 4-6 недель	Контроль состояния желудка и двенадцатиперстной кишки (ФГДС)
Ингибиторы фосфодиэстеразы Эуфиллин Теофиллин Кавинтон	Применяют при экссудативном псориазе. 0,015 г 3 раза в день внутрь. 0,2 г 3 раза в день внутрь. 0,01 г 3 раза в день в течение 2 недель, затем 2 недели по 0,005 г 3 раза в день. Курс лечения 3-4 недели	Контроль уровня артериального давления, функции внешнего дыхания и общего самочувствия
Иммунобиологические препараты (ИБП) Ремикейд	5мг/кг массы тела на 0, 2, 4 неделе в виде инфузии и далее через 8 недель, №6-8 на курс	Торпидные формы псориаза
Бальнеотерапия	Оксидат торфа в виде добавок в общие теплые ванны. Оказывает кератопластический, противовоспалительный, трофический, иммуномодулирующий эффекты. Перед ванной принимают гигиенический душ. На каждые 100 л воды (температура 36-38 ⁰ С) добавляют 50-100 мл препарата. Длительность процедуры 15-25 мин. Проводят через день, чередуя с общим ультрафиолетовым облучением (после снятия островоспалительных явлений). На курс 10-15 процедур. После курса ванны назначаются амбулаторно 2 раза в неделю – 1 месяц, 1 раз в неделю – 2 месяца и более (несколько курсов гидротерапии в год)	Общее самочувствие, артериальное давление, ЭКГ, свертываемость крови

* Диффузно-эритродермический, экссудативный, артропатический, пустулезный, распространенный крупнобляшечный, торпидный псориаз.

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА

Применяют в зависимости от стадии, остроты воспалительного процесса и формы заболевания (обычный, экссудативный, ладонноподошвенный), локализации (волосистая часть головы, конечности и др.).

В прогрессирующую стадию заболевания назначают кератопластические и противовоспалительные средства: ланолиновый крем, 0,5-2% салициловую мазь, 5-10% нафталиновый линимент или пасту, 3-5 % пасту АСД, мази, содержащие осажденную серу (до 5%), белую ртуть (до 3%), фенол (1%), метилксантины (3-5%), кортикостероидные кремы, мази, лосьоны. В данной стадии заболевания необходимо исключить применение раздражающих препаратов и высоких концентраций действующих веществ.

В стационарную и регрессирующую стадии псориаза на участки кожных высыпаний применяют кератолитические (рассасывающие) мази или жирные пасты, пленки, содержащие 3-5% салициловой кислоты, 10-30% нафталина, 5-10% ихтиола, белой ртути, березового дегтя, серы. Назначают солидоловую мазь, средства, содержащие вещества местно-раздражающего действия

(«Антипсориадикум»), «Псориазин»), цитостатик дитранол (палочки «Дитрастик»), «Плезиял», мазь «Псорадексан»), кальципотриол (мазь «Псоркутан») и некоторые другие средства (табл. 68).

Действие. Кератопластическое, кератолитическое, противовоспалительное, антипролиферативное.

Показания. Различные формы и стадии псориаза.

Методика применения. Приведена в сигнатуре рецептов (см. табл. 68).

Таблица 68. Рецептура местных средств, применяемых при псориазе

№ п/п	Пропись рецепта	Примечания
215	Acidi salicylici 2,0 Vasellini 100,0 M.D.S. Смазывать кожу 1-2 раза в день	2% салициловая мазь. Обладает кератопластическим эффектом. Применяется в прогрессирующей стадии, 3-5 % концентрации салициловой кислоты применяют в стационарной и регрессирующей стадии, добавляя 10-20% осажженной серы
216	Lanolini. Vasellini. _____ Aq. destil. <u>aa</u> 30,0 M.D.S. Смазывать участки поражения 1-2 раза в день	Смягчающий, противовоспалительный (типа крема Унны)
217	Linim. Naphthalani 5% 50,0 D.S. Втирать в очаги поражения	Препарат нафталанской нефти. Обладает рассасывающим, дезинфицирующим, смягчающим действием. Содержание нафталана повышают в стационарной и регрессирующей стадиях
218	Ung. Euphyllini 5% 100,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Применяют при экссудативном псориазе. Назначают также 5% теофиллиновую мазь
219	Pastae ACD (3 фф) 5% 100,0 D.S. Смазывать участки поражения 1-2 раза в день	Применяют при экссудативном и ладонно-подошвенном псориазе
220	Acidi salicylici 2,0 Sulfuris pp. 4,0 Zinci oxydi Talcii <u>aa</u> 22,0 Vasellini ad 100,0 M. f. ung. D.S. Смазывать бляшки 1-2 раза в день	Мазь-паста Боголепова. В стационарно-регрессирующей стадии содержание серы доводят до 10%
221	Phenoli puri 1,0. Hydrargyri albi 3,0. Vinylini 4,0 Vasellini ad 100,0. M.D.S. Смазывать пораженную кожу волосистой части головы 1 раз в день. Применяют 1-3 раза в неделю	Мазь Боголепова для волосистой части головы
222	Ung. solidoli Ribacovi 40,0 D.S. Втирать в очаги пораже- ния 1-2 раза в день	Мазь Рыбакова. Содержит: борную кислоту, индустриальное масло, основую канифоль, гидратную извествку, вазелин. Обладает кератолитическим действием. Применяют также под воощеную бумагу
223	Styli Ditrastik 1,5% № 10 D.S. №1. Наносить на очаг на 8 ч	В упаковке 10 палочек 1,5% и 3,0% концентрации. Содержат: дитранол (цитостатик), парафин, серу микрокристаллическую. Эффективны при аппликациях на очаги с резкой инфильтрацией. Дитранол входит в состав палочек «Plesial», мази «Псорадексан»
224	Ac. salicylici 2,0 Ol. Rusci 5,0 Aetheris sulf. 20,0 Collodii elastici Sp. aethylici <u>aa</u> 40,0 M.D.S. Наносить тонким слоем на бляшки 2 раза в день	Пленка Певзнера. Наносят на очаги тупфером в течение 3-5 дней. Затем смазывают очаги 3-5% салициловой мазью 2-3 дня. Принимают душ. Циклы повторяют

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
225	Picis Liquidae Sulfuris pp. <u>aa</u> 5,0 Vasellini ad 50,0 M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Серно-дегтярная мазь кератолитического действия
226	Ung. Antipsoriatici 30,0 D.S. Смазывать очаги пораже- ния 1 раз в день	Содержит трихлортриэтиламин (азотистый иприт – вещество кожно-нарывного действия). Следует избегать действия солнечных лучей, попадания препарата на глаза и веки. Применяют под контролем врача. Уменьшает инфильтрацию, эритему, улучшает кровоснабжение. Применяют в стационарную и регрессирующую стадии
227	Ung. Psoriasini 25,0 D.S. Смазывать очаги пора- жения 1 раз в день	Дихлорэтилсульфид (иприт)
228	Olei Rusci 50,0 Aetheris sulfuris <u>—</u> Sp. aethylici 96% <u>aa</u> 75,0 M.D.S. Смазывать бляшки 1 раз в день	Эфирно-дегтярная настойка Гебры. Применяют на застарелые инфильтрированные бляшки
229	Ung. Psorcutani 30,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Действующее вещество: кальципотриол – активный метаболит витамина D ₃ , ингибирует синтез ДНК в кератиноцитах
230	Enteroseptoli 3,0 Lanolini <u>—</u> Vasellini <u>aa</u> 50,0 M.D.S. Смазывать бляшки 1 раз в день	Вместо энтеросептола можно ввести этакридина лактат 1,0. Можно применять под окклюзионную повязку

Таблица 69. Красный плоский лишай

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Красный плоский лишай (lichen ruber planus) – хронический дерматоз, характеризующийся появлением на коже, реже на слизистой рта, гениталий папул лилового цвета с восковидным блеском. Типичные папулы красного плоского лишая можно обнаружить при различных клинических формах заболевания
Концепции этиологии заболевания	Иммунно-аллергическая. Иммунный ответ на гепатит С, ВПГ-8 – особенно на слизистых оболочках. Вирусная (инфекционная). Нейроэндокринная. Токсико-аллергическая (лекарственные препараты). Наследственная
Факторы риска	Стрессовые ситуации, нейроэндокринные расстройства. Заболевания ЖКТ, печени, поджелудочной железы. Гипертония. Сахарный диабет. Фокальная инфекция в челюстно-лицевой области. Прием медикаментов (тетрациклин, ПАСК, стрептомицин, препараты золота, мышьяк, хлорохин и др.)
Патогенез	Формирование кожного процесса по типу гиперчувствительности замедленного типа. Стимуляция неидентифицированным антигеном накопления клеток Лангерганса и их контакт с Т-лимфоцитами и макрофагами. Разрушение базальных кератиноцитов (цитотоксический иммунологический процесс). Формирование Т-хелперного (индукторного) инфильтрата на сопутствующие заболевания, токсико-аллергические средства, препараты и металлы
Локализация	Кожа (рис. 35). Слизистая оболочка рта и гениталий. Ногти
Основные клинические формы	<i>На коже:</i> типичная, бородавчатая, атрофическая, кольцевидная, пузырьная, остроконечная, пигментная, эритематозная. <i>На слизистой оболочке рта и гениталий:</i> типичная, эрозивно-язвенная (как осложнение типичной и эритематозной форм). <i>Поражение ногтей:</i> онихогрифоз, трахионихия, онихолизис
Клиническая картина Типичная форма	Папулы розовато-фиолетовые, плоские, полигональные, блестящие с пупкообразным вдавлением. Симптом Уикхема – белесоватая исчерченность кожи в очагах при смазывании вазелиновым маслом (гранулез в эпидермисе)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Бородавчатая форма	Фиолетово-красные бляшки с неравномерными роговыми наслоениями
На слизистой оболочке рта и гениталий	Беловато-перламутровые папулы, образующие рисунок. Эрозивно-язвенные участки на отечном основании. Фибринозный налет, кровоточивость. Склонность к торпидному течению
Поражение ногтей	Продольная ребристость ногтя и трещины и их трахионихия; уменьшение ногтевой пластинки вплоть до ее лизиса
Излюбленная локализация	Типичная форма: предплечья, голени, поясница, половые органы
Субъективные ощущения	Зуд при локализации высыпаний на коже и гениталиях. Жжение, болезненность при эрозивно-язвенном процессе на слизистых рта и гениталий
Патоморфологические признаки	В участках пораженной кожи: гиперкератоз, гранулез, акантоз, полосовидный инфильтрат в дерме, проникающий в эпидермис (экзоцитоз). В базальном слое IgM, G и комплемент фибриноген вокруг сосудов, индукция телец Сиватта – интерфейсный дерматит, пилообразная конфигурация дермо-эпидермального соединения
Формы по характеру течения процесса	1. Острая. 2. Подострая. 3. Хроническая
Характеристика острой формы	Появление свежих папул, прогрессирующее. Положительная изоморфная реакция Кебнера
Формы по распространенности высыпаний	Локализованная (ограниченная). Распространенная Генерализованная
Дифференциальный диагноз	Сифилитические папулы (круглая, полушаровидная форма папул медно-красного цвета, снимающийся налет, наличие бледных трепонем, ИФА, РПГА положительные). Псориаз (триада псориазических симптомов). Лейкоплакия (не шелушащийся, сплошной очаг ороговения)
Методы и средства общего лечения	Гипоаллергенная диета. Осмотр психотерапевта. Гипноз и электросон. Седативные препараты, включая бромиды. Транквилизаторы, антидепрессанты в течение 1-1,5 месяцев. Антибиотики (пенициллин и его аналоги). Тетрациклин 2 г в сутки, на курс –12 г (иногда). Делагил по 0,25 г 1-2 раза в день в течение 4- 6 недель. Гризеофульвин по 0,25 г 4 раза в день – 3 недели, по 0,25 г 4 раза в день – через день в течение 3 недель, по 0,25 г 4 раза в день – 2 раза в неделю (иногда). Дезоксирибонуклеаза по 0,25 г в/м – первые 2 дня, затем по 0,5 г 1 раз в 3 дня – 8 инъекций. Неотигазон по 0,5 мг/кг/сут. – 10 дней, затем по 0,25 мг/кг/сут. – 2-4 недели и более. Циклофосфамид по 50-100 мг в сутки в течение 5-7 недель (эрозивно-язвенное поражение слизистой рта). Преднизолон 25-40 мг в сутки – 2 недели, с последующим снижением; при тяжелых формах суточную дозу повышают до 40-50 мг. Никотиновая кислота 0,05 г 2-3 раза в день после еды. Теоникол, компламин 0,15-0,3 г 3 раза в день после еды. Аскорутин по 1 таблетке 3 раза в день. Витамины А, Е, С. Курс инъекций витаминов В ₁ и В ₁₂ . Гистаглобулин 2 мл подкожно 2 раза в неделю №10. При генерализованных формах – ПУВА-терапия. Рефлексотерапия. Индуктотермия поясничной области
Местное лечение	Кортикостероидные мази, кремы. При бородавчатой форме: - инъекции кортикостероидов в очаг; - лазер (СО ₂ -лазер), Букки-терапия, криотерапия
Профилактика	Диспансеризация больных с частыми рецидивами заболевания. Санация очагов инфекции. Выявление и лечение сопутствующих заболеваний. Запрещение приема медикаментов, способных спровоцировать заболевание. Оздоровительные мероприятия. Санаторно-курортное лечение

ЭРИТЕМЫ

Таблица 70. Многоформная экссудативная эритема

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Многоформная экссудативная эритема – острый полиморфный дерматоз инфекционно-аллергической или токсико-аллергической природы, проявляющийся высыпаниями синюшно-красного цвета на коже конечностей, слизистых, иногда гениталий, преимущественно весной или осенью, склонный к рецидивам
Сведения об этиологии и факторы риска	Паредполагают основными провоцирующими факторами герпетическую и микоплазменную инфекции. Медикаментозная гиперчувствительность (сульфаниламиды, контрацептивы, жаропонижающие, пирогенные препараты, прививки против туляремии, холеры). Охлаждение, другие метеофакторы. Фокальная инфекция челюстно-лицевой области. Алиментарные факторы. У 50 % больных провоцирующие факторы не выявляются
Патогенез	Повышенная чувствительность к бактериальным антигенам (стафилококки, стрептококки, кишечная палочка и др.). Повреждение сосудов, выход плазмы, клеточных элементов. Иммунодефицитное состояние
Разновидности	Инфекционно-аллергическая или идиопатическая, составляет 93%. Токсико-аллергическая (медикаментозная)
Излюбленная локализация	Разгибательная поверхность конечностей (рис. 36). Слизистая оболочка рта. Красная кайма губ
Характер высыпаний	Ограниченная эритема. Уп্লощенные папулы синюшно-красного цвета с западением в центре. Пузыри, пузырьки, эрозии, кровянистые корки
Субъективные ощущения	Зуд, реже жжение в местах высыпаний
Общие явления	Лихорадка. Боли в суставах и мышцах
Данные, подтверждающие диагноз	Острое начало. Полиморфизм высыпаний. Симметричность высыпаний. Длительность рецидива 3-4 недели. Сезонность рецидивов. Симптом Никольского отрицательный
Клинические формы (по тяжести проявления)	Простая (папулезная). Везикуло-буллезная. Буллезная (тяжелая форма), включая синдром Стивенса-Джонсона
Клиническая картина	Многочисленные типичные папулы до нескольких сантиметров в диаметре, с западением в центре, регрессируют в течение 1-2 недель
Простая форма	Возможна пузырьная реакция на слизистой рта с образованием кровянистых, грязноватых корок, появлением отека, трещины на губах, болезненность
Везикуло-буллезная форма	Немногочисленные эритематозные бляшки, с пузырьком в центре и кольцом пузырьков по периферии. Часто в процесс вовлекается слизистая рта и губы
Буллезная форма (синдром Стивенса-Джонсона)	На слизистой рта отмечаются обширные пузыри и кровоточащие эрозии, массивные геморрагические корки. Возможно развитие катарального или гнойного конъюнктивита, изъязвлений роговицы, увеита, панфталмита. Поражение слизистых гениталий с вовлечением мочевого пузыря. На коже – множественные пятнисто-папулезные высыпания («мишени»), пузыри, реже пустулы, иногда паронихии. Длительная лихорадка, возможно развитие пневмонии, нефрита, диареи, полиартрита, отита. Без лечения летальность 5-15%. Дифференцируют с ТЭН-синдромом

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Особенности токсико-аллергической формы	<p>Различают распространенную и фиксированную форму.</p> <p>При фиксированной форме поражается слизистая рта, гениталий, перианальная область, возможно появление бляшек на коже.</p> <p>Рецидивы возникают на местах бывших высыпаний и появляются на новых участках. Воспалительная реакция в области пузырей может отсутствовать.</p> <p>Сезонность рецидивов не свойственна.</p> <p>Для распространенной формы характерны общие явления на коже и слизистых</p>
Гистопатология	<p>Вакуольная дегенерация в нижних слоях эпидермиса, некроз эпидермальных клеток, надбазальные и субэпидермальные пузыри без акантолиза.</p> <p>Лимфогистиоцитарная инфильтрация вокруг сосудов и в области базальной мембраны, экстравазация эритроцитов</p>
Дифференциальный диагноз	<p><i>Пузырчатка вульгарная</i> (отсутствие эритемы, симптом Никольского, наличие акантолитических клеток).</p> <p><i>Дерматит Дюринга</i> (герпетиформность расположения, чувствительность к йоду, эффект от ДДС).</p> <p><i>ТЭН (синдром Лайелла)</i> – поражается лицо, грудь, спина, затем остальные участки тела в виде эритемы, обширных вялых пузырей. Поражение имеет вид «обваренной кожи». Симптом Никольского резко положителен. Общее состояние крайне тяжелое.</p> <p><i>Хроническая мигрирующая эритема Афцелиуса-Липшютца</i> (кожные проявления Лайм-боррелиоза):</p> <p>На месте присасывания клеща появляется синюшно-красное пятно с геморрагической корочкой в центре, которое разрастаясь превращается в кольцо по площади с детскую ладонь и больше (1 стадия). Через несколько недель в результате дессиминации спирохет появляется сердечная и неврологическая симптоматика (2 стадия). Через год и более от момента укуса клеща (3 стадия) развиваются осложнения: поражение кожи в виде хронического атрофического акродерматита, тяжелые изменения со стороны суставов, сердца, ЦНС, периферической нервной системы</p>
Лечение	<p><i>Легкая форма</i></p> <p>Внутри ацикловир, валоцикловир (рецидив простого герпеса).</p> <p>Антигистаминные препараты (тавегил, фенкарол, пипольфен, кларитин и др.).</p> <p>Курс в/м инъекций витаминов В₁, В₆, В₁₂.</p> <p>Витамин С, Р.</p> <p>Препараты кальция (глюконат, пангамат).</p> <p><i>Тяжелая форма.</i> Внутри ацикловир, валоцикловир.</p> <p>Преднизолон 30-60 мг/сут. 5-7 дней с последующим снижением в течение 2-4 недель.</p> <p>Этакридина лактат 0,05 г 3 раза в день в течение 10-20 дней</p> <p>Декарис по 150 мг 2 дня с 5-дневными перерывами в течение 2 месяцев.</p> <p><i>Синдром Стивенса-Джонсона</i></p> <p>Начальная доза преднизолона 60-80 мг; 0,9% NaCl – 400,0 мл в/в, полиглюкин по 200-400 мл в/в капельно №5.</p> <p>30 % раствор тиосульфата натрия 10,0 мл в/в ежедневно №6-8.</p> <p>Антигистаминные препараты.</p> <p>Местно – фукорцин, 5% дерматоловая мазь, комбинированные кортикостероиды (кремы, аэрозоли).</p> <p>Полоскание рта калия перманганатом 1:8000,</p> <p>2% раствором борной кислоты, соды, танина, настойкой ромашки, календулы, прополиса. Смазывание эрозий масляным раствором витамина А, дентальной пастой Солко с последующим воздействием гелий-неоновым лазером. Пораженные губы смазывают препаратами, содержащими антибиотики, комбинированные кортикостероиды</p>
Профилактика рецидивов	<p>Санация организма.</p> <p>Иммуноглобулин, витамины, биостимуляторы.</p> <p>Аутогемотерапия или гемотрансфузии.</p> <p>Стафилококковый анатоксин.</p> <p>Общее УФО, закаливание организма</p>

Таблица 71. Розовый лишай

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Розовый лишай – пятнистая розового цвета сыпь, которая может появиться на туловище, плечах, бедрах в осенне-весенний период и спонтанно исчезающая в течение 1,5-2 месяцев, не рецидивирующая
Этиология	Герпесвирус 6, 7 типов (выявлены в крови пациентов методом ПЦР). Стрептококки
Факторы риска	Очаги хронической инфекции. ОРВИ. Бронхиты, ангины, синуситы
Преимущественная локализация	Обычно туловище
Клинические симптомы	«Материнское пятно» – первое крупное пятно. Эритематозные пятна, покрытые плотно-сидящей складчатой роговой пленкой, напоминающей папиросную бумагу в верхней части туловища, плеч. У детей высыпания сопровождаются экссудативным компонентом (волдырный характер сыпи, пузырьки, пузыри), выраженным зудом, парестезиями. Нередко поражаются лицо, шея, волосистая часть головы
Субъективные ощущения	Иногда зуд
Возможные общие симптомы	Субфебрилитет, артралгии, лейкоцитоз
Время возникновения	Весна и осень
Продолжительность	6-8 недель
Возможные осложнения	Экзематизация. Пидермия. Эритродермия. Полиаденит
Дифференциальный диагноз	Разноцветный лишай (шелушащиеся буровато-коричневые, гипер- и гипопигментированные пятна, положительная проба Бальзера, обнаружение в чешуйках элементов гриба, при люминесцентной диагностике – золотисто-желтое или буроватое свечение). Токсидермия (полиморфизм сыпи, слияние высыпаний). Розеола сифилитическая (отсутствие шелушения, ИФА и РПГА положительные). Трихофития гладкой кожи (везикуляция по периферии пятен, при микроскопии – нити мицелия в чешуйках – при проведении КОН-теста)
Средства, применяемые для общего лечения (обильные высыпания со склонностью к экзематизации)	Ацикловир при тяжелых формах – по 0,2-0,4 мг 5-7 раз в сут. в течение 5-7 дней; Валоцикловир – по 0,5-1,0 г 2 раза в сут. 5 дней. Аутогемотерапия начиная с 3 мл 5-7 дней. 30% раствор тиосульфат натрия внутривенно, начиная с 2 мл, № 10. Детям 5-10% раствор тиосульфата натрия по 1 ст. л. 3 раза в день. Этакридина лактат 0,005-0,03 г 2 раза в день в желатиновых капсулах в течение 8-10 дней. Антигистаминные препараты (тавегил, фенкарол, пипольфен, кларитин, димедрол), в/м, per os. Препараты кальция (глюконат, пангамат). Ацетилсалициловая кислота
Местное лечение	Взбалтываемые смеси (водная болтушка). Кортикостероидные кремы, мази (средней активности)
Предупреждение распространения и экзематизации	Гипоаллергенная диета. Запрещение водных процедур и ношения синтетической, шерстяной одежды. Избегать раздражающей терапии и УФО

ВИТИЛИГО (Песь)

Появление белых пятен на теле у человека вызывает неадекватную реакцию у окружающих. Рост заболеваемости витилиго среди детей, молодежи и лиц трудоспособного возраста значительно увеличивает социальную значимость этого заболевания и требует дальнейшей активной разработки вопросов патогенеза и терапии дерматоза (см. табл. 72).

Таблица 72. Витилиго

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Характеризуется спонтанным появлением депигментированных пятен на различных участках тела у лиц обоего пола и различного возраста
Факторы риска	Стрессовые ситуации (гнев, стыд, социальная стигматизация). Интоксикации. Заболевания ЖКТ, печени, желчного пузыря, поджелудочной железы. Эндокринопатии. Снижение и нарушение иммунитета. Наследственная предрасположенность
Патогенез	Аутоиммунные: Разрушение меланоцитов антителами. Генетические: 11 генов, связанных с пигментированным витилиго. Экологические: свободные радикалы разрушают меланоциты. Теория оксидатного стресса. Врожденная неполноценность меланоцитов. Аутосомно-рецессивный тип наследования. Дискоординация антигенов системы HLA, контролирующей меланогенез. Лизис меланоцитов клетками Лангерганса, которые накапливаются в очагах депигментации. Отсутствие в меланоцитах и меланосомах пигментообразующего фермента тирозиназы. Нарушение усвоения цинка и меди тканями. Гипофизарно-надпочечниковая недостаточность. Гипофункция щитовидной железы. Неполноценность антиоксидантной системы. Дисфункция поджелудочной железы
Морфология	Резкое уменьшение или отсутствие меланоцитов, их дистрофия в очагах. Увеличение клеток Лангерганса в участках депигментации. Набухание и гомогенизация отдельных коллагеновых волокон. Вокруг расширенных сосудов скопления фибробластов, гистиоцитов, гепариноцитов. Некоторая атрофия фолликулов волос, потовых и сальных желез
Стадии	Прогрессирования. Стационарная. Восстановления пигмента (редко)
Клиническая картина	Различного размера молочно-белого цвета депигментированные пятна с четкими границами, округлых или фестончатых очертаний, без признаков шелушения и атрофии, с каемкой гиперпигментации по периферии. Зуд не беспокоит
Редко встречающиеся формы	Витилиго Сеттона – ободок депигментации вокруг пигментных невусов
Сочетание с другими дерматозами	Алопеции. Склеродермия. Нейродермит. Красный плоский лишай. Псориаз. Парапсориаз и др.
Дифференциальный диагноз	Недифференцированная и туберкулоидная формы лепры (в участках депигментации отсутствует болевая и температурная чувствительность, другие признаки лепры, положительное исследование на палочку Ганзена). Вторичная сифилитическая лейкодерма (локализация на шее, верхней части груди, небольшие депигментированные пятна на гиперпигментированном фоне. ИФА, РПГА, РИФ положительные). Вторичная лейкодерма на местах регрессировавших элементов при псориазе, розовом лишае, микозах
Лечение	<i>Генерализованные формы</i> Фотосенсибилизаторы (пувален, псоберан, псорален, аммифурип) внутрь и втирание их спиртовых растворов в очаги с последующим дозированным средневолновым УФО или длинноволновыми УФЛ (ПУВА-терапия). Кортикостероиды внутрь. Включая фокальные формы. Фокальная лазерохимиотерапия (пувален + лазер). Витамины В ₆ , В ₁₂ , никотиновая кислота. Антиоксиданты. Микроэлементы: внутрь 0,25-0,5% раствор меди сульфата, порошки оксида цинка, препараты железа. Допегит. Седативные препараты. Гель Vitiskin (супероксиддисмутаза, Cu, Zn, Вит.В ₁₂ , В ₅) – 2 раза в день с УФБ – 10 недель. Такролимус 1% – втирание в очаги депигментации (иммуномедиатор), длительно. Лекарственные сборы в виде настоев (зверобой, календула, шалфей, душица обыкновенная, ромашка аптечная, подорожник, крапива двудомная). Средства декоративной косметики (растворы Люголя и йода, пудры), содержащие дигидроксиацетон (дермакол, витиколор). Лазерная депигментация. Пересадка кожи (1-2 пятна)
Диспансеризация	Устранение факторов риска. Консультации эндокринолога, терапевта, венеролога и других специалистов. Маскирующие и фотозащитные средства

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВИТИЛИГО

Положительные результаты лечения можно получить у части лиц, страдающих витилиго, с помощью фотосенсибилизирующих препаратов (псоберан, аммифурин, псорален, пувален, меллагенин), которые втирают в очаги депигментации в виде спиртовых растворов или мазей с последующим дозированной ультрафиолетовым облучением.

Для маскировки гипохромных участков применяют декоративные косметические красители, в частности дигидроксияцетон, который наносят в пределах депигментированных участков кожи в виде водно-спиртового лосьона. На основе дигидроксияцетона выпускаются маскирующие препараты «Дермакол», «Витиколор» и др.

С целью восстановления пигментации кожи можно применять некоторые другие средства: раствор Люголя, 3% спиртовой раствор йода, мазь, содержащую гидрокортизон, ундецин, апилак (табл. 73).

Действие. Фотосенсибилизирующие вещества повышают чувствительность кожи к действию света и стимулируют образование меланоцитами эндогенного пигмента – меланина (производного триптофана). Вызывают эритему в очагах, усиление их кровоснабжения при облучении кожи УФ-лучами (средне- и длинноволновыми).

Показания. Витилиго.

Методика применения. Приведена в сигнатуре рецептов (см. табл. 73).

Таблица 73. Наружные средства для лечения витилиго

№ п/п	Пропись рецепта	Примечания
231	Sol. Ammifurini 2% 50,0 D.S. Втирать в очаги поражения за 1,5 ч до ультрафиолетового облучения	Комплекс фурукумаринов, выделенных из семян амми большой
232	Sol. Psobrani 0,1% 50,0 D.S. Втирать в очаги за 1 ч до ультрафиолетового облучения	Фурукумарины, полученные из инжира
233	Sol. Psoraleni 0,1% 15,0 D.S. Втирать в очаги за 1 ч до ультрафиолетового облучения	Комплекс фурукумаринов, выделенных из псоралии костянской
234	Sol. Berohani 0,25% 50,0 D.S. Втирать в очаги за 1 ч до ультрафиолетового облучения	Комплекс фурукумаринов, выделенных из плодов пастернака посевного
235	Sol. Puvaleni 0,5% 50,0 D.S. Втирать в очаги депигментации за 1,5-2 ч до ультрафиолетового облучения	Ксантотоксин 18-метооксипсорален-8-МОП. Наиболее эффективный из фотосенсибилизаторов. Чувствителен к длинноволновым УФ-лучам 320-390 нм
236	Melagenini 235 ml D.S. Втирать в очаг утром, днем и вечером	Водно-спиртовой экстракт из плаценты человека. Очаги подвергаются действию ультрафиолетового облучения 1 раз в день
237	Ung. Tacrolimus 0,1% 10,0 D.S. Смазывать очаги 2 раза в день	Иммунокорректор. Применяется в виде мази Протопик
238	Ung. Hydrocortisoni 2,5% 15,0 Ung. Undecini 25,0 Ung. Apilaci 3% 10,0 M.f. ung. D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Мазевой состав применяют на очаги депигментации per se, а также при проведении фонофореза
239	Dehydroxyacetoni 2,5 Glycerini 5,0 Sp. methyllici 33,0 Aq. destill. 100,0 M.D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Для маскировки гипохромных участков. Постепенно повышают концентрацию дегидроксияцетона до 50-90%. Применяют строго на очаги. Окрашивание в очагах развивается через 6-12 ч

БОЛЕЗНИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Таблица 74. Склеродермия

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Относится к «Диффузным болезням соединительной ткани» и характеризуется очаговым или диффузным поражением кожи и подкожной клетчатки, других тканей и органов в результате прогрессирующего фиброза и облитерирующего эндартериита с характерными нарушениями метаболизма коллагена, приводящими к возникновению необратимых очагов уплотнения и атрофии кожи, тяжелым склерозирующим (инвалидизирующим) изменениям костно-мышечной системы, органов ЖКТ, дыхания, почек, сосудов, глаз
Факторы риска	Инфекции (острые и хронические), в том числе вирусные. Физические факторы (охлаждение, инсоляция, вибрация, травмы, ионизирующее излучение). Синдром Рейно. Стресс, нейроэндокринные и сосудистые нарушения. Введение вакцин, сывороток, силикона
Патогенез	Полигенное наследование. Аутоиммунные реакции, приводящие к гиперпродукции коллагена. Взаимодействие аутоантигенов с лимфоидными клетками. Активация Т-хелперов, выделение ими лимфокинов, стимулирующих деятельность фибробластов. Гиперпродукция коллагена фибробластами и образование аномальных коллагеновых волокон в результате их высокой антигенной стимуляции. Высокие титры антинуклеарных антител. Дисиммуноглобулинемия. Супрессия клеточного и гуморального звеньев иммунитета. Склероз тканей кожи, сосудов, внутренних органов
Классификация по распространенности и разновидности	Очаговая (<i>morphea</i>) – бляшечная, линейная, пятнистая, атрофодермии. Системная диффузная; акросклеротическая (более доброкачественное течение)
Локализация начальных проявлений	Очаговая – туловище (встречается наиболее часто). Акросклеротическая форма – кисти, стопы, лицо. Диффузная (системная) форма – тотальное поражение кожи и внутренних органов
Клинические формы	Очаговые формы: 1) бляшечная (1-3 участка поражения кожи в виде бляшек, кожа из очага с трудом собирается в складку), 2) поверхностная, 3) сиреневая Гужеро, 4) келоидоподобная, 5) узловатая, 6) генерализованная. Системная: отек, склероз, атрофия кожи кистей, фаланг пальцев, носа, губ и др.
Локализованные формы и их симптомы	Бляшечная форма склеродермии: 1) эритема, отек очагов; 2) уплотнение кожи с эритемой вокруг, лилово-розового цвета (вид «слоновой кости»), с трудом собирается в складку; 3) атрофия кожи (вид «папиросной бумаги») с потерей волос и сухостью кожи, легко собирается в складку. Линейные формы: 1) полосовидная (лентовидная) – склеротическая полоса, 2) саблевидная (удар саблей); 3) зостериформная (по ходу нерва на лице и др. участках). Особые формы: 1) склероатрофический лишай Цумбуша (болезнь белых пятен); 2) атрофо-дермия Пазини-Пьерини (пигментированные цианотичные пятна, склонные к слиянию).
Системная склеродермия	Маскообразное амимичное лицо; диффузная отечность кожи; вазомоторные нарушения по типу болезни Рейно; кожа диффузно уплотнена; акросклероз; атрофия кожи; атрофия мышц; мумификация; мутиляции; кисетообразные складки вокруг рта, сужение ротовой щели; атрофия конечных фаланг («пальцы мадонны»)
Основные гистологические изменения	Бляшечная склеродермия: отек и воспаление дермы, гомогенный склероз, поля гиалиноза соединительной ткани, атрофия соединительной ткани, придатков кожи, сосудов, фибриноидная дегенерация. Системная склеродермия: отечность дермы, гомогенизация коллагена, гомогенный склероз соединительной ткани, фибриноидная дегенерация коллагена, атрофия кожи и ее придатков, сосудов, мышечной ткани, склероз соединительной ткани, поля гиалиноза, возможен некроз и кальциноз
Характерные изменения внутренних органов Общий анализ крови Общий анализ мочи	Системная склеродермия: нефрозонефрит с олигурией и азотемией, пневмосклероз, фиброз подслизистой пищевода, ахилия, инфильтрация и отек стенки кишки с последующим ее фиброзом и атрофией мышечного слоя, облитерирующий эндартериит, катаракта. Гипохромная анемия, лейкопения, лейкоцитоз, ускоренная СОЭ. Протеинурия, увеличение оксипролина

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Иммунный статус	Выявляют АТ к эндотелию, антинуклеарные АТ к антигену SCL-70, снижение Т-8; дисиммуноглобулинемию, ревм. ф-р (+), антинуклеарные антитела
Дифференциальный диагноз	<p>Бляшечная склеродермия: витилиго, атрофическая форма красного плоского лишая, линейный невус, лепра.</p> <p>Системная склеродермия: Дерматомиозит – появляются прогрессирующая слабость, боли в мышцах и суставах, разлитая отечность и уплотнение кожи и мышц лица, шеи, верхнего плечевого пояса, лиловая «очкообразная эритема», волдырная, везикулезная и геморрагическая сыпь, пойкилодермия, атрофия кожи, «симптом рубашки», «кутиная походка», «симптом лестницы» (см. «Дерматомиозит», табл. 7); миокардиты, нефропатия, артропатии, полиневриты. Течение заболевания тяжелое, упорное. Склередема взрослых Бушке – вначале развивается тестообразная восковидная отечность и утолщение кожи лица, шеи, верхнего плечевого пояса, принимающие затем твердую консистенцию; болезненность не характерна. Могут развиваться: ксероз, изъязвление роговицы, макроглоссия. Наблюдается спонтанное выздоровление. Склерема новорожденных – кожа в области ягодиц, бедер, лопаток диффузно уплотнена, тестоватой консистенции, восковидного, затем цианотичного оттенков. Кожа наощупь сухая, холодная, после нажатия вдавления не остается. Отек распространяется на весь кожный покров. Развиваются: поражение сердечнососудистой системы, пневмония, энтерит. Прогноз неблагоприятный. Склередема новорожденных – выражено уплотнение кожи плотно-тестоватой консистенции, желтовато-коричневого оттенка. Поражение начинается с кожи живота и переходит на конечности, при нажатии остается вдавление. Наблюдается подушкообразный отек ладоней и подошв. Кожа сухая, холодная на ощупь. Течение болезни доброкачественное. Болезнь Рейно: холодные пальцы кистей рук и ног (длительно); пузыри с кровянистым содержимым, гангрена, мутиляции пальцев</p>
Общее лечение бляшечной склеродермии	<p>Пенициллины, цефалоспорины, макролиды – средние дозы 10-14 дней. Лидаза 64 ЕД внутримышечно № 15-20. Вобензим – до 15 табл. в день 3-4 недели. Деллагил 0,2 г 1 раз в день в течение 2-3 месяцев в сочетании с приемом кортикостероидов (5-20 мг/сут преднизолона). Андекалин в/м 10-40 ЕД через день в течение 2-4 недель, затем по 10-20 ЕД 1 раз в неделю, или андекалин внутрь 30 ЕД 3 раза в день в течение 1 месяца. D-пеницилламин (купренил, металкаптаза) по 0,25-1,0 г в сутки в течение 2-3 месяцев, затем дозу уменьшают до 0,25-0,45 г/сут. (при тяжелых поражениях). Алоэ (стекловидное тело) 1,0 подкожно № 25-30. Витамины А, Е, В, С. Курс инъекций АТФ 1,0 мл № 25-30. Ганглиоблокаторы. Унитиол 5 мл 5% раствора внутримышечно №10.</p>
Наружное лечение бляшечной склеродермии	<p>Вазоактивные средства (теоникол, никотиновая кислота и другие). Фоно- или электрофорез ронидазы, трипсина, коллитина, купренила, ихтиола, йодида калия. Мадекассол крем (втирание в очаги 2-3 раза в день). Диатермия, лазер, местная баро- или вакуум-терапия. Втирание в очаги растворов диметилсульфоксида. Парафин, озокерит, нафталан. Грязелечение. Массаж</p>
Общее лечение системной склеродермии	<p>D-пеницилламин (купренил) от 150 до 1800 мг/сут. в течение 2 месяцев, постепенно снижают до поддерживающей дозы 300-600 мг/сут. Преднизолон 30-40 мг/сут. с постепенным снижением до поддерживающей дозировки. Курс инъекций лидазы (алоэ). Полиглюкин по 500 мл в/в капельно 2 раза в неделю № 6, 7. Гемосорбция, плазмаферез. Витаминотерапия. Вазоактивные средства.</p>
Наружное лечение системной склеродермии	<p>Симптоматическая терапия. Грязелечение. Массаж. Сероводородные и радоновые ванны</p>
Диспансеризация больных бляшечной склеродермией	<p>Лечение сопутствующих заболеваний. Курсы лидазы, алоэ, аевит. Гидротерапия. Втирание в очаги растворов ДМСО</p>
Диспансеризация больных системной склеродермией	<p>Поддерживающие дозы D-пеницилламина. Симптоматическая терапия</p>

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ ЛЕЧЕНИИ СКЛЕРОДЕРМИИ

При ограниченных формах склеродермии применяют на очаги препараты, содержащие гиалуронидазу и вазоактивные вещества: теоникол, рутин, гепарин, димексид, индометацин, ихтиол, мадекассол (табл. 75).

Действие. Препараты гиалуронидазы (лидаза, ронидаза) вызывают размягчение уплотнения в очагах поражения в результате снижения вязкости гиалуроновой кислоты. Вазоактивные вещества обладают противовоспалительным, противоотечным, рассасывающим действием, активно воздействуют на микроциркуляцию в участках склеродермии.

Показания. Очаговые формы склеродермии в стадиях отека, уплотнения, атрофии и других формах склеродермии.

Методика применения. Приведена в сигнатуре рецептов (см. табл. 75).

Таблица 75. Рецептура средств для лечения склеродермии

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
240	Lidasae 64 ED D.t.d. № 10 in ampul. S. Для электрофореза	Препарат гиалуронидазы. Содержимое ампулы разводят в 30 мл дистиллированной воды с добавлением 4-5 капель 0,1% раствора соляной кислоты. Затем проводят электрофорез
241	Ronidasae 10,0 D.S. Для аппликации на очаги поражения 1 раз в сутки	Препарат гиалуронидазы в виде порошка. Смачивают салфетку физиологическим раствором и наносят на нее препарат. Прикладывают к очагу, покрывают вощеной бумагой, фиксируют легкой повязкой
242	Ung. Madecassoli 1% 25,0 D.S. Смазывать очаги раза в день	Активное вещество: экстракт <i>Centella asiatica</i> . Улучшает трофику кожи, препятствует развитию уплотнения кожи. Выпускается также в виде порошка
243	Ung. Teonicoli 5% 30,0 D.S. Втирать в очаги уплотнения кожи 2 раза в день	Сочетает свойства теофиллина и никотиновой кислоты. Применяется в стадию уплотнения и атрофии <i>per se</i> и в методике фонофореза
244	Ung. Ichthyoli 10% 50,0 D.S. Смазывать очаги 1 раз в день	Оказывает противовоспалительное, рассасывающее действие
245	Geli Troxevasin 40,0 D.S. Наносить на очаги слегка втирая 2-3 раза в день	Производное рутина. Оказывает противоотечное и противовоспалительное действие. Применяют в стадию отека
246	Ung. Heparini 25,0 D.S. Наносить на очаги 2 раза в день, слегка втирая	Содержит гепарин, анестезин, бензиловый эфир никотиновой кислоты. Применяется в стадию уплотнения и атрофии. Аналог: мазь Гепароид, Лиотон
247	Dexamethasoni 0,025 Sol. Dimexidi 70 % 50,0 M.D.S. Втирать в очаги 1-2 раза в день	Применяют втирание в очаги в течение 1-3 месяцев в стадию отека и уплотнения
248	Geli Indovasin 20,0 D.S. Втирать тонким слоем в очаги 2 раза в день	Содержит индометацин и троксевазин. Применяют в стадию отека

Таблица 76. Красная волчанка

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Относится к диффузным болезням соединительной ткани аутоиммунного характера с преимущественным поражением открытых фоточувствительных участков кожи, развитием в них эритемы, инфильтрации и последующей рубцовой атрофии (рубцующийся эритематоз – кожная форма). В ряде случаев заболевание принимает тяжелый системный характер, поражая внутренние органы, с прогрессирующим инвалидизирующим течением и необходимостью поддерживающей кортикостероидной терапии
Факторы риска	Семейно-генетическое предрасположение. Фокальная инфекция (стрептостафило-кокковая, вирусная). Инсоляция. Отморожение. Фотосенсибилизация. Травма. Стрессовые ситуации. Заболевания толстого кишечника.

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Патогенез	Появление антиядерных антител к ядру и его компонентам. Формирование циркулирующих иммунных комплексов. Отложение ЦИК в базальной мембране. Развитие воспалительной реакции в коже
Излюбленная локализация	Губы, лицо, волосистая часть головы, ушные раковины
Классификация	<i>Хронические кожные формы:</i> - дискоидная красная волчанка (течение доброкачественное) – лицо, ушные раковины, в/ч головы; - центробежная эритема; - диссеминированная красная волчанка; - глубокая красная волчанка (встречается редко). <i>Системная красная волчанка (течение неблагоприятное):</i> 1) острая, 2) подострая, 3) хроническая
Клинические проявления со стороны кожи	<i>Дискоидная красная волчанка (ДКВ):</i> ограниченная эритема, фолликулярный гиперкератоз, инфильтрация, рубцовая атрофия, телеангиэктазии, пигментация. <i>Центробежная:</i> ограниченная эритема, иногда инфильтрация, центрофациально. <i>Диссеминированная красная волчанка:</i> множественные эритематозно-сквамозные очаги с фолликулярным гиперкератозом и небольшой рубцовой атрофией на лице, кожном покрове. <i>Системная красная волчанка:</i> эритематозные и геморрагические пятна (телеангиэктазии), гиперкератоз на кожном покрове
Характеристика очагов поражения при дискоидной форме	Вид диска. В форме бабочки. Вид папиросной бумаги. С-м «Хачатурьяна» – на лице, ушных раковинах с развитием расширенных фолликулов. В виде рубца
Патогномоничные симптомы при дискоидной форме	Болезненность при удалении чешуек из очага (признак Бенье). Наличие шипика на фолликулярной поверхности чешуек (симптом дамского каблука). Снятие чешуек с помощью пинцета
Гистологические изменения при ДКВ	Гиперкератоз, атрофия эпидермиса, вакуольная дегенерация базальных клеток, расширение кровеносных и лимфатических сосудов дермы, периваскулярная инфильтрация лимфоцитами, дегенерация коллагеновых волокон
Прямая РИФ в биоптатах кожи из очагов	Свечение в области базальной мембраны на анти-Ig G и на анти-IgM, C1q (волчаночная полоса)
Исследование с помощью люминесцентной лампы Вуда	Снежно-белое, голубоватое свечение чешуек в очагах дискоидной красной волчанки
Изменения периферической крови при системной красной волчанке	Обнаружение антинуклеарных антител к нативной ДНК, антинуклеарного фактора. Анемия, лейкопения, лимфопения, LE – клетки (>5 клеток лейкоцитов), ускорение СОЭ. Гипергаммаглобулинемия. Гипергаптоглобинемия, повышение сиаловых кислот, фибрина, серомукоида, гаптоглобина, антител к факторам свертываемости (XIII, IX, XII), анти XXII фосфолипидам, панцитопения
Общая патология при системной красной волчанке	Лихорадка. Боли в мышцах, суставах. Алопеция. Слабость. Фотосенсибилизация. Люпуснефрит. Эндомиокардит. Полисерозиты (сердце, легкие)
Дифференциальный диагноз	<i>Хронические кожные формы:</i> туберкулезная волчанка (начинается в детстве), псориаз, себорейная экзема, розовые угри, фотодерматит, рубромикоз. <i>Системная красная волчанка</i> Дерматомиозит (очкообразная эритема век, отечная эритема верхнего плечевого пояса, слабость мышц). Многоформная экссудативная эритема, Псориаз, парapsoriasis, кожный рубромикоз

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Средства общего лечения красной волчанки	<p><u>Хронические кожные формы</u> Синтетические противомаларийные препараты (делагил, хлорохин, плаквенил по 0,2-0,25 г 2 раза в день 5-дневными циклами с 5-дневными перерывами, на курс до 20-25 г. Кортикостероиды в небольших дозах (15-20 мг преднизолона в сутки, 4-8 мг/сут. метипреда, 0,5-2 мг/сут. дексаметазона). Пресоцил по 2 таблетки 3 раза в день в течение 1-1,5 месяцев. Азатиоприн по 1,5-2 мг/сут. в комбинации с преднизолоном по 5-20 мг/сут. или метилпреднизолоном по 4-16 мг/сут. Эссенциале по 5-10 мл в/в на аутокрови №10-20, затем по 2 капсулы 2-3 раза в день в течение 1-2 месяцев. Курс инъекций витаминов В₆ и В₁₂. Per os: витамины РР, А, Е, С. Никотиновая кислота, теоникол. Липамид, дипромоний. Энтеросорбенты (энтеродез, полифепан, энтеросгель). <u>Системная красная волчанка</u> Кортикостероиды в ударных дозах (при острой СКВ). Ретиноиды (ацитретин) до 1 мг/кг/сут. Цитостатики (азатиоприн, циклофосфамид). Антибиотики (кроме тетрациклинов). Анаболики. НПВС. Иммуностимуляторы (тактивин, декарис, пентоксил). Гепатопротекторы. Энтеросорбенты. Холестирамин</p>
Средства для наружного лечения кожных форм	<p>Высокоактивные местные кортикостероидные препараты (синалар, флуцинар, целестодерм, дипросалик, дермовейт, кловейт и др.). Обкалывание очагов кортикостероидами (кенолог, дипроспан), 5-10 % раствором хингамина. Криотерапия</p>
Профилактика рецидивов	<p><u>Хронические кожные формы(ХКВ)</u> Диспансеризация. Рациональное трудоустройство. Ослабление действия факторов риска. Избегать инсоляции. Фотозащитные кремы – SPF>50. <u>Системная красная волчанка</u> Проведение поддерживающей кортикостероидной терапии и приведенные методы ХКВ</p>

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ЭРИТЕМАТОЗА

С лечебной целью наиболее действенны наружные препараты в виде кремов, мазей и лосьонов, содержащих галогенизированные кортикостероиды (Синалар, Дипросалик, Дермовейт и др.). С профилактической целью в весенне-летний период назначают мазевые средства, содержащие танин, фенолсалицилат, салол, парааминобензойную кислоту, оксид цинка, метилурацил, гематопорфирин (табл. 77).

Действие. Галогенизированные глюкокортикостероиды эффективно воздействуют на инфильтрацию и явления фолликулярного гиперкератоза в очагах поражения, вызывая выраженную вазоконстрикцию и активное антипролиферативное действие.

Средства, обладающие фотозащитной активностью, блокируют воспалительную реакцию, связанную с фотодинамическим эффектом.

Показания. Хронические кожные формы красной волчанки («Рубцующийся эритематоз»).

Методика применения. Приведена в сигнатуре к рецептам (см. табл. 77, 22).

Таблица 77. Рецепты наружных средств с фотозащитными и противовоспалительными свойствами

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
249	Ung. Tannini 10% 50,0 D.S. Смазывать кожу лица 2 раза в день утром и в полдень	Применяют в солнечные дни
250	Linim. Fogemi 30,0 D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день утром и в полдень	Хелатный комплекс гемато- порфирина и трехосновного железа. Применяют в солнечные дни
251	Ung. Methyluracili 5% 20,0 D.S. Смазывать кожу лица в солнечную погоду утром и в полдень	Производное пиримидина, обладает фотопротекторными свойствами, стимулирует регенерацию кожи
252	Phenylii salicylatis 3,0 Sp. aethylici 70% Lanolini aa 15,0 M.D.S. Смазывать кожу лица 1 раз в день, утром.	Действующее вещество: салол. Применяют в солнечные дни
253	Acidi paraaminobenzoici 5,0 Ung. Zinci 20,0 Ung. Prednisoloni 0,5% 10,0 M.D.S. Смазывать кожу лица 1 раз в день	Фотопротекторы: параамино- бензойная кислота, оксид цинка. Противовоспалительное средство – преднизолон

ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

Таблица 78. Пузырчатка (пемфигус)

Учебные элементы	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Хронический злокачественно протекающий аутоиммунный дерматоз, сопровождающийся развитием пузырей на коже и слизистых оболочках, склонных к слиянию и распространению по кожному покрову, выраженной токсемией, без проведения кортикостероидной терапии, заканчивающийся летально
Факторы риска	Инфекции (вирусы). Обменно-эндокринные нарушения
Патогенез	Аутоиммунное заболевание. Действие неизвестного повреждающего агента на клетки шиповатого слоя эпидермиса, накопление в них ядерной ДНК, изменение антигенной структуры клеток и межклеточного вещества шиповатого, базального, зернистого слоев, накопление антител класса IgG в шиповатом и других участках эпидермиса и слизистых и их повреждающее действие на мембраны клеток (аканты). Выход протеолитических ферментов и разрушение межклеточных мостиков десмосом (десмоглеин I и III), активация системы протеолиза с развитием акантолиза. Резорбция среднемолекулярных пептидов из эрозий и пузырей и их патологическое влияние на процессы метаболизма и иммунную систему. Нервно-сосудистые расстройства. Нарушения водно-солевого обмена. Снижение функции коры надпочечников
Клинические формы и излюбленная локализация поражений	1) Вульгарная (слизистая оболочка рта и гортани, кожа туловища) – наиболее часто встречающаяся. 2) Листовидная (кожа туловища) – эксфолиативная. 3) Вегетирующая (складки кожи вокруг естественных отверстий). 4) Себорейная (голова, грудь, спина, иногда в области слизистой полости рта)
Клинические симптомы	Вульгарная: эрозии, не склонные к эпителизации, пузыри на внешне неизменной коже и слизистой полости рта, серозные корки на слизистой рта. Листовидная: дряблый пузырь на неизменной коже, мокнущие эрозии, слоистые корки, гиперпигментация. Вегетирующая: пузыри, пузырьки, эрозии, папилломатозные разрастания на их поверхности, гиперпигментация. Себорейная: эритематозные пятна, жирные плотно сидящие корки, эрозии (в/ч головы, себорейные участки, слизистая полости рта)

Учебные элементы	Описание учебных элементов
Данные, подтверждающие диагноз пузырчатки вульгарной	Симптом Никольского (сдвиг эпидермиса вокруг пузыря и по периферии эпидермиса при потягивании в сторону пузыря). Симптом Асбо-Ганзена – расслаивание пузыря при надавливании на него. Акантолитические клетки в мазках-отпечатках с эрозий в результате акантолиза (мелкие шиповатые клетки с крупным ядром) При прямой РИФ (отложение IgG в межклеточном веществе и оболочках клеток шиповатого слоя); десмоглеинов I и III в сыворотке крови. Непрямая РИФ (обнаружение в сыворотке циркулирующих антител к склеивающей субстанции эпидермиса) – пемфигус-антитела. Феномен Картамышева (задержка хлоридов в организме после солевой нагрузки)
Течение и исход пузырчатки без лечения	Распространение высыпаний. Интоксикация. Смерть
Дифференциальный диагноз	Буллезный пемфигOID (спонтанно эпителизирующиеся эрозии, субэпидермальный пузырь, свечение базальной мембраны при РИФ, аутоантитела к протеинам 230 и 160, 180 kD.
	Дерматит Дюринга (субэпидермальный пузырь, полиморфизм высыпаний, группировка высыпаний, чувствительность к йоду (проба калий-йод (Ядассона с ланолином) на предплечье – эритема, пузырьки, пузыри –2-3 дня), эозинофилия в крови и жидкости пузырярей). Многoформная экссудативная эритема (ограниченная эритема, уплощенные папулы синюшно-красного цвета с пупковидным вдавлением, отсутствие чувствительности к йоду и эозинофилии). Лекарственная токсидермия. Токсический эпидермальный некролиз (ТЭН)
Лечение	Монотерапия кортикостероидами: преднизолон 2-3 мг/кг/сут. (в/в, в/м, per os). Максимальную лечебную дозу кортикостероидов применяют до приостановления процесса появления пузырей и проявления положительного результата симптома Никольского, затем уменьшают в 2 раза, далее через 5-10 дней уменьшают до 5-2,5 мг/сут. При выписке суточная доза кортикостероидов должна превышать первоначальную на 5-10 мг по преднизолону. Комбинированная терапия: Преднизолон 30-60 мг/сут. , метотрексат 20-35 мг в/м, в/в 1 раз в неделю с последующим снижением до 5-10 мг в неделю. Комбинированная терапия позволяет сократить суточную дозу кортикостероидов. В терапию включают: гепарин п/к (в/м) 5 000 ЕД 4 раза в сутки (15-20 дней), затем по 5 000 ЕД 2 раза в день (15-20 дней). Курс инъекций тактивина (тималина). Антистафилококковая плазма (альбумин) 100-200 мл в/в капельно через день № 2-4. Переливание крови и кровезаменителей. Ингибиторы протеаз (контрикал, аминокaproновая кислота). Гемосорбция. Плазмаферез. При резистентности лечения пузырчатки кортикостероидами (2,5 месяца) уменьшают аутоантитела пациента снижением действия: 1. Ретуксимаб (375 мг/м ²) в/в 4 раза с недельными перерывами; 2. В/в иммуноглобулин (2-3 г/кг) цикл через 6-8 недель; 3. Иммунаферез – 2-3 объем плазмы 3-4 дня с 3-4 неделями перерыва. Санация полости рта (см. «Лечение синдрома Лайелла», табл. 58). Местно – противовоспалительные, кортикостероидные, эпителизирующие и противомикробные средства. Гелий-неоновый лазер на эрозии полости рта, половых органов
Побочные явления	При кортикостероидной терапии: остеопороз, лунообразное лицо, гипертония, сахарный диабет, экхимозы, тромбозы, психоз, пептическая язва, обострение хронической инфекции. При цитостатической терапии: лейкопения, эрозии во рту, тромбопения, поражение печени, диспептические расстройства, обострение инфекций
Мероприятия, ослабляющие побочные явления	Ограничение соли, углеводов, воды. Препараты калия (калия оротат, калия хлорид, «Панангин»), витамин С, фолиевая кислота. Белково-растительная диета. Анаболические гормоны

Учебные элементы	Описание учебных элементов
Поддерживающая терапия	Проводится при наступлении клинической ремиссии на дозировке кортикостероидов, препятствующей появлению пузырей. Подбирается индивидуально. Бесплатное применение кортикостероидов внутрь и наружно

Таблица 79. Паранеопластическая пузырчатка (паранеопластический пемфигус)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
1	2
Общая характеристика	Paraneoplastic pemphigus – редкое заболевание, которое сочетается с неоплазиями, чаще с лимфомами, тимомы и лейкозом
Факторы риска	См. «Буллезный пимфегоид» таб. 81
Этиология. Патогенез	В эпидермисе и сыворотке больных обнаруживаются пемфигусоподобные аутоантитела к иммунным комплексам, содержащим десмоплакин I, буллезный пемфигоидный антиген (м.в. 230 kD) и два эпителиальных антигена молекулярным весом 210 и 190 kD. Необходимо обследование аутоантител к энвоплакину, периплакину, L ₂ -макроглобулин подобным – 1 белку, аутоантитела к десмоглеину 3
Гистология	Гистологически выявляются супрабазальные акантолитические щели, пузыри, некрозы и дегенерация базальных кератиноцитов. Между клетками эпидермиса наблюдаются менее интенсивные отложения IgG, чем при вульгарной пузырчатке; в базально-мембранной зоне – гранулярные или линейные отложения факторов комплемента. Аутоантитела выявляются в эпителии мочевого пузыря, бронхов, тонком кишечнике, в мышцах и щитовидной железе
Локализация	Кожный покров, слизистые оболочки
Клинические картина	В полости рта, на конъюнктивах, в аногенитальной области, ногтей рук и ног определяются постоянно сохраняющиеся болезненные эрозии с признаками фибринозного налета. В верхней части туловища, на руках, ногах, включая ладони и подошвы – участки эритемы различных размеров, эрозии, узелково-чешуйчатые и мишеневидные элементы с пузырьком в центре. Выявляется перифокальная отслойка эпидермиса вокруг пузырька. (симптом Никольского) и обнаружение акантолитических клеток в эрозиях
Течение заболевания	Течение волнообразное на протяжении нескольких лет
Дифференциальная диагностика	См. «Буллезный пимфегоид» таб. 80
Общее лечение	Системные глюкокортикостероиды, иммунодепрессанты, процедуры детоксикации
Прогноз	Выраженный клинический эффект наблюдается после успешной ликвидации очага неоплазии

Таблица 80. Герпетиформный дерматит Дюринга

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Хронический пузырьно-полиморфный дерматоз с герпетиформным расположением высыпных элементов, зудом, жжением и болезненностью в участках поражения, развивающийся вследствие нарушений процессов всасывания в тонком кишечнике (синдром мальабсорбции) и формированием иммуноаллергических реакций
Факторы риска	Повышенная чувствительность к глютену злаковых растений и галоидам. Синдром мальабсорбции (глютенная энтеропатия). Нейроэндокринные расстройства. Беременность, менопауза. Инфекции
Патогенез	Выявление локуса HLA-A8 у 56-68% больных. Повышенная чувствительность к глютену клейковины. Сенсibilизация к глютену. Образование иммунных комплексов к антигенам соединительнотканых элементов тонкого кишечника и кожи. Отложение иммуноглобулинов в сосочках дермы. Хемотаксис нейтрофилов, эозинофилов в верхушках сосочков дермы. Образование подэпидермальных пузырьков и пузырей. Увеличение содержания иммуноглобулина А в сыворотке крови, пузырьной жидкости и сосочках дермы. Снижение антиоксидантной активности сыворотки крови
Клинические формы	Крупнопузырная. Мелкопузырная
Клинические симптомы	Эритема. Пузыри. Пузырьки. Волдыри. Папулы. Пустулы. Эрозии, корки. Сильный зуд, болезненность, парестезии
Клинические и лабора-торные данные, подтверждающие диагноз	Группировка высыпаний (герпетиформность). Эозинофилия в крови и содержимом пузыря. Положительная аппликационная проба на предплечье с калия иодидом (проба Ядассона) – эритема, папулы, пузыри (2-3 дня). Подэпидермальное расположение пузыря. Выявление фиксированных IgA в дермо-эпидермальной зоне (пРИФ). Эффект от лечения ДДС (дапсон) – диаминодифенилсульфон
Течение	Хроническое, циклическое
Дифференциальная диагностика	Истинная пузырчатка, пемфигоид, многоформная эритема, буллезная токсидермия
Общее лечение	Диафенилсульфоны (ДДС, дапсон , авлосульфон) 5-дневными циклами до 200 мг/сут. с 1-2-дневными перерывами. При клиническом эффекте дозу снижают на 50%, затем возможен прием препарата через день и реже. Преднизолон по 15-20 мг/сут. (сочетают с ДДС). Диуцифон по 0,1-0,2 г в день 5-дневными циклами с 1-2-дневным перерывом, 2-4 цикла (иммуностимулирующий в комбинации с ДДС). При пузырьной форме: преднизолон 40-50 мг/сут. в течение 2-3 недель с последующим снижением
	Плазма, неогемодез, гемосорбция, энтеросорбенты. Унитиол, тиосульфат натрия в/в. Витамины С, А, Е, Р, группы В, фолиевая кислота. Антигистаминные препараты. Липоевая кислота, этамид, метионин. Ретаболил
Местное лечение	Противозудные растворы, пасты, анилиновые красители, кортикостероидные препараты
Профилактика рецидивов	Диспансеризация. Прием поддерживающих доз сульфоновых препаратов. Исключить из пищи различные продукты из злаковых (рис, пшеница, просо и др.), содержащих йод (рыба, морская капуста). Гипохлоридная диета. Не назначают лечебно-диагностические препараты, содержащие йод. Обследование у онколога. Лечение сопутствующих заболеваний

Таблица 81. Буллезный пемфигоид

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Буллезный пемфигоид (пемфигоид Лёвера (pemphigoides)) – аутоиммунный, хронический буллезный дерматоз, протекающий прогредиентно, с периодами обострений и частичных ремиссий, характеризуется высыпанием неакантолитических пузырьков, пузырей на фоне нормальной или воспаленной кожи и слизистых у 45% пациентов. Буллезный пемфигоид нередко заканчивается неблагоприятным исходом. БП встречается у мужчин и женщин после 60 лет
Факторы риска	<i>Физические:</i> травма, ожог, лучевая терапия, ультрафиолетовое излучение (ПУВА). <i>Наличие у пациента заболеваний:</i> псориаз, КПЛ, неврологические заболевания (болезнь Паркинсона, деменция, психиатрические заболевания (униполярные и биполярные расстройства), паралич, рассеянный склероз). <i>Лекарственные препараты:</i> диуретики, нейролептики, анальгетики, антибиотики, калия йодид, золото и каптоприл
Этиология. Патогенез	В основе – аутоиммунная реакция с образованием аутоантител к протеину с м.в. 230 kD (буллезный пемфигоидный антиген, ВРА-1), с десмосомальным адгезивным протеином десмоплакином I. 30-50% пациентов имеют антитела, реагирующие еще с одним антигеном м.в. 160-180 kD (ВРА-2), область lamina lucida базально-мембранной зоны, высвобождение из тучных клеток, эозинофильных и нейтрофильных гранулоцитов биологически активных веществ, вызывает нарушение целостности связей между эпидермисом и дермой и вызывает образование субэпидермальных пузырей. Возможно применение сульфадимезина, пенициллина, фуросемида, диазепам, 5-фторурациловой мази, УФ- или рентгеновского облучения. БП может сочетаться с полимиозитом, вульгарной и листовидной пузырчаткой, герпетиформным дерматозом, системной красной волчанкой, язвенным колитом, нефритом, хроническим полиартритом, красным плоским лишаем и псориазом
Гистология	Покрышку пузыря составляет приподнятый эпидермис. На границе эпидермиса и дермы – немногочисленные нейтрофилы; в сосочковом слое дермы – инфильтрат из нейтрофилов, эозинофилов и лимфоцитов. Их количество зависит от типа пемфигоида (невоспалительный, воспалительный). При электронной микроскопии – расслоение вдоль границы эпидермиса и дермы в области светлой пластинки базальной мембраны
Локализация	Боковые участки шеи, подмышечные впадины, паховые складки, внутренняя сторона бедер и верхняя часть живота. Поражаются полость рта, заднепроходный канал, влагалище
Клинические картина	Чаще на отечных эритемах внезапно возникают упругие пузырьные элементы, часто причудливой формы с прозрачным или геморрагическим содержимым, напоминающие многоформную эритему. Позднее у части пузырей – геморрагическое содержимое (разрушаются поверхностные капилляры сосочкового слоя), эрозии болезненные и часто покрываются геморрагическими корочками. Пузыри устойчивы к разрыву, эрозии менее болезненны. Вследствие частых рецидивов высыпаний появляются общая слабость, температура, снижается аппетит, вес тела
Течение заболевания	Заболевание протекает хронически с обострениями и ремиссиями в течение месяцев и лет
Дифференциальная диагностика	Вульгарная пузырчатка, дерматоз Дюринга, буллезная токсидермия, многоформная экссудативная эритема, афтозный стоматит, эрозивная форма красного плоского лишая, хроническая красная волчанка; болезнь Бехчета, пузырьно-сосудистый синдром, синдром Гриншпана-Потекаева, вирусная пузырчатка полости рта и конечностей, герпангина, простой герпес
Окончание табл. 81	
1	2

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общее лечение	Системные кортикостероиды: начиная с 40-80 мг преднизолона ежедневно до исчезновения пузырей с последующим снижением до минимальной поддерживающей дозы. Глюкокортикоиды+азатиоприн (50-100 мг ежедневно). Метотрексат 15-35мг в/в 1раз/нед. или 5-10мг per os с 12-часовым интервалом 3раза/нед. Сульфоны – дапсон 50-100 мг ежедневно per os или в комбинации с глюкокортикоидами (20-30мг преднизона ежедневно). Тетрациклин (эритромицин)+никотинамид
Местное лечение	см. «Вульгарная пузырчатка» табл. 78
Прогноз	При отсутствии лечения неблагоприятный исход может наступить ~ у 40% пациентов в результате бронхопневмонии, сепсиса, особенно у лиц пожилого возраста
Профилактика рецидивов	Специфических методов профилактики данной патологии не предложено

Таблица 82. Рубцующий пемфигоид

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Заболевание редкое, болеют лица старше 60 лет, чаще женщины (2:1). Хроническое пузырьное заболевание, которое приводит к рубцеванию вовлеченных участков, поражает преимущественно конъюнктивы и слизистые оболочки
Факторы риска	См. «Буллезный пимфегоид» таб. 80
Этиология. Патогенез	Клинические, морфологические и иммунологические данные указывают на тесную взаимосвязь с буллезным пемфигоидом. Вероятно, иммунный ответ при рубцующем пемфигоиде направлен против одного антигена или антигенного комплекса в базально-мембранной зоне, отличающихся по топографии и функции от антигена буллезного пемфигоида
Гистология	В коже и слизистых (в т.ч. конъюнктивы) выявляют субэпителиальный пузырь без признаков акантолиза. В содержимом пузыря могут быть эозинофилы. В верхнем слое дермы (подслизистого слоя) – воспалительный инфильтрат из лимфоцитов, гистиоцитов, эозинофильных лейкоцитов. В поздней стадии – фиброз подслизистого слоя, дегенерация коллагеновых волокон сосочкового слоя дермы, приводящие к рубцовому сморщиванию конъюнктивы и слизистых на границе базально-мембранной зоны
Локализация	Поражаются преимущественно конъюнктивы и слизистые оболочки
Клинические картина	У 90% пациентов поражаются конъюнктивы и слизистая оболочка рта, иногда слизистая носа, глотки, гениталий и анальной области. Кожные проявления выявляются у 25% пациентов. Чаще заболевание начинается с поражения одного глаза, через 1-2 года поражается и другой орган зрения. На конъюнктиве можно выявить наличие светлых пузырьков, которые быстро вскрываются и рубцеобразно сморщиваются (эссенциальное сморщивание конъюнктивы). Между бульбарной и пальпебральной конъюнктивами возникают рубцовые синехии; веки не закрываются, движения глаз ограничены. Наступают вторичные изменения роговицы (паннус) или же рубцующиеся изъязвления приводят к слепоте. Вследствие рубцового сморщивания век со смещением выводных слезных протоков и атрофией бокаловидных клеток конъюнктивы высыхает, развивается ксерофтальмия и панофтальмия. На слизистой рта рецидивирующие пузыри образуют болезненные эрозии. На уздечке языка рубцовое сморщивание приводит к ограничению его подвижности; при локализации на мягком нёбе, дужках миндалин и слизистой щек может возникнуть мукозогенный тризм, затруднен прием пищи. На вульве – похожие рубцовые адгезии, синехии или стенозы. Изменения на коже протекают не столь тяжело, заживают с образованием атрофических, чаще гиперпигментированных рубцов; на в/ч головы может возникнуть рубцовая алопеция по типу псевдопелады Брока
Течение заболевания	Течение волнообразное на протяжении нескольких лет; может развиваться дистрофия и кахексия. Слепота наступает у 30-60% пациентов. Известны случаи карциноматозного перерождения очагов поражения
Дифференциальная диагностика	См. «Буллезный пимфегоид» таб. 80

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общее лечение	При генерализованных буллезных высыпаниях – комбинированная терапия глюкокортико-идами и иммуносупрессивными препаратами (азатиоприн или циклофосфамид). При хроническом изменении конъюнктив и слизистых – применяют дапсон, изотретиноин (роаккутан), ацитретин (неотигазон), циклофосфамид (эндоксан); циклоспорин А (неорал) системно или местно (в виде полосканий)
	При поражении глаз – внутриочаговые инъекции глюкокортикоидных суспензий, контактные линзы. При поражении слизистой рта – субкутин, динексан, хервирол, камиллосан, кавосан, местные кортикостероиды (мазь Волон А, донтизолон); впрыскивание кристаллической суспензии триамцинолона с мепивакакаином (1:4). При развитии тризма – трансплантация нормальной слизистой
Прогноз	Прогноз для жизни благоприятный. Течение заболевания длительное, обычно до конца жизни. Рубцевание субконъюнктивальной ткани приводит к сращению стенок конъюнктивального мешка (симблефарон), укорочению сводов, сужению глазных щелей, помутнению роговицы и слепоте. При поражении слизистых оболочек – образование спаек в глотке, разрушение язычка и миндалин, стриктуры гортани, пищевода, уретры, заднего прохода, возможны фимоз, атрофия вульвы и влагалища, спайки между малыми и большими половыми губами

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ БУЛЛЕЗНЫХ ДЕРМАТОЗАХ

Назначают комбинированные кортикостероидные кремы, мази, аэрозоли с содержанием кортикостероидов и антибиотиков, смазывания очагов поражения анилиновыми красителями, припудривание дерматолом, стрептоцидный и синтомициновый линименты, 2 % борную и таниновую примочки, препараты серебра, дезодорирующие (ксероформ), обезболивающие (лидокаин) и эпителизирующие средства.

Для ускорения заживления эрозивных поверхностей и язв применяют наружные средства, содержащие биостимуляторы растительного происхождения (линимент алоэ, крем с соком каланхоэ, масло шиповника и облепихи), экстракт крови крупного рогатого скота (мазь или гель солкосерил), экстракт прополиса (мазь пропоцеум), масляные растворы с витаминами А, Е, К, каротиноидами (аекол), масляные экстракты из плодов шиповника (каротолин), аэрозоли с антибиотиками и маслом облепихи (олазол), винилином (левовинизоль), препаратом из Поморийского озера (вулуза) (табл. 83).

Действие. Противовоспалительное, подсушивающее, эпителизирующее, дезинфицирующее.

Показания. Пузырчатка истинная, герпетиформный дерматоз Дюринга, многоформная экссудативная эритема, ТЭН (синдром Лайелла) и другие везикулобуллезные и воспалительные дерматозы.

Методика применения. Приведена в сигнатуре рецептов (см. табл. 83).

Таблица 83. Некоторые наружные средства, применяемые при лечении буллезных дерматозов

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
254	Ung. acidi tannici 5 % 100,0 D.S. Смазывать участки поражения 1-2 раза в день	Танин (галлодубильная кислота). Оказывает вяжущее и противовоспалительное действия
255	Ung. Collargoli 2 % 100,0 D.S. Смазывать участки поражения 1 раз в день	Содержит коллоидное серебро
256	Sol. Argenti nitratii 0,5 % 300,0 Da in vitro nigro! S. Для туширования эрозивных участков 1 раз в день	Для туширования эрозий применяют также 1 % раствор нитрата серебра
257	Ung. Xeroformii 5 % 75,0 Linimenti Streptocidi 5 % 75,0 Ung. Fluocinolonii acetonidi 0,025 % 15,0 Ol. Hippopheae 15,0 M.D.S. Смазывать очаги поражения 2 раза в день	Мазевой состав обладает противовоспалительными, эпителизирующими, дезодорирующими свойствами

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
258	Sol. Lidocaini 2 % 10,0 D.t.d. N 10 in amp. S. Для орошения эрозий 1 раз в день	Для уменьшения болевых ощущений в области эрозий
259	Linimenti Aloes 50,0 D.S. Смазывать участки поражения 2 раза в день	Применяют на неинфицированные эрозивно-язвенные поверхности
260	Succi Kalanchoes 40,0 Lanolini anhydrici 60,0 Furasolidoni Novocaini \overline{aa} 0,25 M.D.S. Смазывать язвы 1 раз в день. Под асептическую повязку	При язвенных поражениях кожи, сопровождающихся болями
261	Ung. Solcoserylī 20,0 D.S. Для смазывания язв, эрозий, трещин 2 раза в день	Содержит экстракт крови крупного рогатого скота. Выпускается также в виде геля
262	Ung. Propolisei 30,0 D.S. Для смазывания эрозивных поверхностей 1-2 раза в день	Содержит экстракт прополиса
263	Ol. Hipporheae 100,0 D.S. Смазывать эрозивные поверхности 2-3 раза в день	Масло облепиховое
264	Ol. Rosae 100,0 D.S. Применять в виде масляных повязок на язвы 1 раз в день	Масло шиповника
265	Aesoli 100,0 D.S. Применять в виде масляных повязок 1 раз в день	Масляный раствор: содержит витамины А, Е, К, каротин
266	Carotolini 100,0 D.S. Пропитать препаратом салфетку. Прикладывать к пораженному участку 1-2 раза в день	Масляный экстракт каротиноидов плодов шиповника. Входят витамин Е, ненасыщенные жирные кислоты и другие вещества
267	Aerosoli Olasolum № 1 D.S. Для орошения эрозивно-язвенных поверхностей 1-3 раза в день	Состав: облепиховое масло, левомицетин, анестезин, борная кислота
268	Aerosoli Laevovinisolum № 1 D.S. Наносить на пораженную кожу 1 раз в день	Состав: левомицетин, ментол, винилин, цитраль, этиловый спирт
269	Ung. Vulnusan 4,5 D.S. Смазать обильно язвенную поверхность 1 раз в день, прикрыть салфеткой	Препарат из воды Поморийского озера

БОЛЕЗНИ САЛЬНЫХ ЖЕЛЕЗ И ВОЛОС

Себорея – патологическое состояние кожи, связанное со снижением или гиперфункцией сальных желез и изменением химического состава кожного сала.

При повышенной секреции сальных желез кожа лица становится жирной, блестящей, устья выводных протоков заметными на глаз, особенно в области носа и носогубных складок (вид "апельсиновой корки"). Явления себореи сопровождаются повышенным шелушением эпителия кожи (гиперкератоз) и сальных желез, что способствует закупорке их выводных протоков, внутрифолликулярному развитию анаэробной (*Propionibacteria asne*) инфекции и оживлению поверхностной пиококковой флоры. Явления себореи в подростковом возрасте, как правило, сопровождаются возникновением угревой сыпи, что указывает на связь этих заболеваний с гормональной деятельностью половых желез и

изменениями гипоталамо-дермальных соотношений, приводящим к повышенному функционированию сальных желез.

Явления себореи могут передаваться конституционально и сопровождаться себорейным облысением, развитием в сальных участках (волосистая часть головы, межлопаточная область, область грудины) явлений дерматита и себорейной экземы.

На возникновение упорной себореи и ее осложнений в постпубертатном периоде оказывают влияние сниженная функция половых желез, наличие гипоталамического синдрома, функциональных нарушений ЦНС, заболеваний внутренних органов, кишечника, фокальная инфекция и др. Себорейный дерматит является одним из дерматологических маркеров ВИЧ-инфекции и проявлением со стороны кожи в клинической стадии СПИД (табл. 84-87).

Выпадение волос в области головы и на других участках тела нередко является генетически детерминированным (эктодермальная дисплазия) или возникает в результате перенесенной тяжелой инфекции, действия токсических веществ, упорной себореи и других очевидных причин.

Дерматологи в практической деятельности наиболее часто сталкиваются со спонтанно, без видимых причин наступающим выпадением волос, круговидной (гнездовой) алопецией, как у взрослых, так и у детей, вероятно аутоиммунного или нейротрофического характера (см. табл. 87).

Таблица 84. Себорея

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Нарушение секреторной функции сальных желез, сопровождающееся чаще повышенным выделением и качественными изменениями состава кожного сала, склонное к хроническому течению. Начинается преимущественно в период полового созревания и связано с перестройкой гормонального фона, приводящей к повышенной секреторной функции сальных желез
Факторы риска	Генетические изменения, связанные с диспозицией генов. Патологические изменения деятельности сальных желез, вызванные гиперпродукцией андрогенов и сниженным образованием эстрогенов. Микробная флора (коринебактерии акне, белый и золотистый стафилококки). Умственные и физические перегрузки. Vegetonevroz. Нарушения функции ЖКТ. Наличие очагов фокальной инфекции. Снижение активности клеточного иммунитета . Отложение иммуноглобулина G в роговом слое эпидермиса
Излюбленная локализация («себорейные участки»)	Волосистая часть головы, лицо, кожа груди, межлопаточная область, реже разгибательные поверхности верхних конечностей, боковые поверхности туловища
Клинические формы себореи	1. Жирная: жидкая, густая. 2. Сухая. 3. Смешанная
Клиническая картина	Жирная себорея. Кожа волосистой части головы шелушится (перхоть), волосы после мытья быстро за жирняются, слипаются, истончаются. При надавливании на область носогубных складок из сальных желез выделяется жидкое, полупрозрачное, маслянистое содержимое. Возможны пиодермические элементы, у мужчин – явления сикоза. Характерно раннее облысение у мужчин к 22-24 годам в лобно-теменных областях. Густая себорея. Кожа уплотняется, приобретает буровато-серый цвет, эластичность ее снижается, выявляются зияющие устья волосяных фолликулов («поры»). Кожное сало выдавливается с трудом, плотной консистенции, с неприятным запахом. Осложняется атеромами, которые нередко воспаляются, нагнаиваются или инкапсулируются. Сопровождается различными клиническими вариантами угревой сыпи, фурункулами, абсцессами, вегетирующей пиодермией, подрывающим фолликулитом. Сухая себорея. Волосы густые, грубые, жесткие. Чешуйки плотно сидят на коже. У детей в первые недели жизни проявляется в виде чешуек грязно-серого цвета («гнейс») в результате недостаточности развития сально-волосяного аппарата. У взрослых волосы истончаются, кожа сухая, выражено обильное мелкопластинчатое шелушение и явления фолликулярного кератоза. На волосистой части головы – обильная перхоть в результате активизации кератофила <i>Pityrosporum ovale</i> . Возможно образование сплошной плотно сидящей корки, покрывающей теменную и затылочную области, напоминающей асбест («асбестовидный лишай – <i>Tinea amiantacea</i> ») Смешанная себорея. Сочетание клинической картины сухой (или жирной) себореи волосистой части головы и жирной себореи области лица

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Гистопатология	<p>Жирная себорея. Утолщение эпидермиса, гиперкератоз и пролиферация в устьях волосных фолликулов, сглаживание сосочков кожи, гипертрофия сальных желез, переполненных секретом с ороговевшими клетками. В дерме вокруг придатков кожи и кровеносных сосудов воспалительный инфильтрат (лимфоидные гистиоидные элементы, нейтрофилы, тучные, плазматические клетки). Роговые пробки, атрофия, гибель сальных желез и волосных фолликулов, замещение соединительной тканью.</p> <p>Сухая себорея. Явления фолликулярного гиперкератоза, недоразвитие сально-волосного аппарата.</p> <p>Смешанная себорея. Сочетание морфологических изменений, наблюдаемых при жирной и сухой формах себореи</p>
Дифференциальный диагноз	<p>Псориаз волосистой части головы, пиококковая инфекция, сухая форма стрептодермии, фурункулез, отрубевидный лишай, трихомикозы волосистой части головы, андрогенетическое и преждевременное облысение, ихтиозиформные генодерматозы</p>
Лечение	<p>Общее:</p> <p>Общеукрепляющие мероприятия.</p> <p>Режим питания с ограничением животных жиров, углеводов, поваренной соли. Нормализация функции толстого кишечника, гепатобилиарной сферы, заболеваний ЖКТ.</p> <p>Санация очагов хронической инфекции.</p> <p>Лечение неврологических расстройств.</p> <p>Препараты фосфора, железа.</p> <p>Сульфат цинка 25 мг 2-3 раза в день после еды в течение 2-3 месяцев.</p>
	<p>Адаптогены.</p> <p>Очищенная сера 0,5 г 2-3 раза в день за 30-40 мин до еды, 2-3 месяца.</p> <p>Витамины А, Е, С, аевит, антиоксидантный комплекс с Se, Zn; PP в течение 1-1,5 месяцев.</p> <p>Курсы витаминов В₁, В₆, В₁₂ в инъекциях.</p> <p>При присоединении пиококковой инфекции – назначение препаратов группы тетрациклина.</p> <p>Местное:</p> <p>При жирной себорее – применение очищающих кожу лосьонов, содержащих антисептики, антибиотики.</p> <p>При асбестовидном лишае – аппликации под пластикат 5-10% салицилового масла на 24-72 ч, мытье головы с мылом, втирание 2,5% салицилового вазелина, серно-дегтярной мази.</p> <p>Шампунь «Низорал».</p> <p>Шампуни, содержащие деготь, цинк, нормализующие рН кожи.</p> <p>При сухой себорее – витамин F, В₅, а также кремы, содержащие витамины А, Е</p>
Профилактика	<p>Лечение сопутствующих заболеваний.</p> <p>Закаливание организма.</p> <p>Режим питания.</p> <p>Предупреждение загрязнения кожи.</p> <p>Личная гигиена.</p> <p>Дезинфицирующие мыла.</p> <p>Лечение начальных форм заболевания.</p> <p>Консультации косметолога.</p> <p>Санитарно-просветительная работа</p>

Таблица 85. Себорейная алопеция

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Выпадение волос, которое развивается у 25 % юношей и части девушек в переходный (пубертатный) период в результате стойкой себореи. Изменения наиболее выражены к 23-24 годам
Патогенез	Характерна гипертрофия сальных желез, нарушение корреляции выделяемых ими жирных кислот вследствие нарушения функции эндокринных органов и вегетативной нервной системы. У части мужчин – снижение половой функции, у женщин – уменьшение эстрогенной насыщенности и явления дисменореи. Понижение активности передней доли гипофиза (гипоталамический синдром)
Клиническая картина	Зуд, болезненность, чувство стягивания кожи в области волосистой части головы, перхоть, жирные чешуйки. У мужчин проявления жидкой себореи, истончение и выпадение волос в височных и теменных областях, начинающееся в возрасте 18-20 лет. К 26-30 годам в лобно-теменной области образуется разрежение волос с сохранением сухих тонких волос, у части лиц появляется лысина. У женщин себорейная алопеция проявляется диффузным поредением волос в лобной области. При густой себорее – стойкая плешивость постепенно формируется к 30-35 годам. При смешанной себорее воспалительные изменения и присоединившаяся вторичная инфекция вызывают расплавление волосяных фолликулов и последующее выпадение волос
Гистопатология	Скопление роговых масс в устьях расширенных волосяных фолликулов, дистрофия корневых влагалищ, сосочков и луковицы, расширение мелких сосудов дермы и лимфоцитарная инфильтрация вокруг них. Нарушается процесс физиологической смены волос, замена выпавших волос новыми
Дифференциальный диагноз	<i>Андрогенетическое облысение.</i> Развивается у женщин и связано с различной патологией эндокринной системы. <i>Преждевременная алопеция</i> обусловлена наследственными причинами и связана с укорочением анагенной фазы роста новых волос. <i>Сифилитическая алопеция</i> (мелкоочаговая, диффузная). Другие признаки вторичного периода, анамнез; ИФА, РПГА, РИФ положительные. <i>Рубцующийся эритематоз</i> волосистой части головы Очаги выпадения волос с наличием рубцовой атрофии, фолликулярного гиперкератоза. Симптомы «дамского каблука» и Бенье, снежно-беловатое свечение чешуек в лучах Вуда. <i>Трихомикозы</i> (трихофития, микроспории). Эритематозно-сквамозные очаги, обломанные волосы, обнаружение при микроскопии грибов, люминесцентная диагностика
Лечение и профилактика	Обследование у эндокринолога и андролога Общеукрепляющая терапия Лечение сопутствующих заболеваний Средства общего, местного воздействия и меры профилактики – см. «Себорея» табл. 84

Таблица 86. Себорейный дерматит

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Хронический дерматоз, проявляющийся воспалением кожи в «себорейных участках», ее шелушением и наличием жирных желтоватых чешуек, корок на поверхности очагов. Популяционная частота среди взрослых составляет 5%. У больных СПИД встречается в 40-80% случаев, характерно наличие обширных зудящих очагов поражения. У детей может возникнуть на первом месяце жизни, поражая естественные складки кожи и выходя за их пределы, волосистую часть головы; в ряде случаев протекает с нарушением общего состояния ребенка
Факторы риска	У взрослых: Себорея в результате нарушения баланса андрогенов-эстрогенов. Гипоталамический синдром. Заболевания ЖКТ, гепатобилиарной сферы, толстого кишечника. Вегето-невроз, стрессовые ситуации. Паркинсонизм, постинфарктное состояние. Микробная флора кожи (коринебактерии акне, стафилококки) овалный питириспорум, фокальная инфекция. ВИЧ-инфекция. У детей: Иммунодефицитные состояния. Сенсибилизирующее влияние пиококковой и дрожжевой инфекции. Передача гормонов от матери. Нарушение обмена веществ и витаминного баланса
Клиническая картина	У взрослых: эритематозные пятна с нерезкими границами, бляшки, покрытые жирными, гиперкератотическими чешуйками серовато-желтого цвета на волосистой части головы в области бровей, рта, нососщечных и носогубных складок, разгибательных поверхностей верхних конечностей, межлопаточные участки кожи. У больных СПИД очаги на лице могут принимать форму бабочки, распространяться на весь кожный покров, образуя диффузные зудящие бляшки, напоминающие фолликулярную экзему. Универсальное поражение кожи свидетельствует о плохом прогнозе. У детей: при тяжелом течении себорейный дерматит может занимать до 2/3 кожного покрова, начинаясь с поражения заушных, шейных, подмышечных, пахово-бедренных складок в виде яркой гиперемии, мацерации эпидермиса, мокнутия, трещин. За пределами складок наблюдается гиперемия, инфильтрация, отрубевидное шелушение кожи. На воло-систой части головы «жирные» чешуйки образуют корковые наслоения. Общее состояние нарушено, выражены диспептические расстройства. Развивается гипохромная анемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия. При легкой форме себорейного дерматита общее состояние ребенка не страдает. Кожный процесс ограничен поражением естественных складок в виде гиперемии, умеренной инфильтрации и папуло-макулезных элементов
Дифференциальный диагноз	<p><u>У взрослых:</u> Себорея. Асбестовидный лишай (тяжелая форма сухой себореи). Себорейная экзема. Диффузный нейродермит (атопический дерматит). Периоральный дерматит. Аллергический дерматит. Токсидермия. Фотодерматит. Рубцующийся эритематоз. Микозы волосистой части головы и гладкой кожи.</p> <p><u>У детей:</u> Десквамативная эритродермия Лейнера-Муссу: генерализованная сыпь в виде эритро-дермии, диарея, задержка в прибавлении веса, гипотрофия, отеки на ногах и пояснице, анемия, ускорение СОЭ, лейкоцитоз, биохимические и иммунные сдвиги, осложнения (пневмония, пиелонефрит, отит, флегмоны мягких тканей и др.) развитие тяжелого токсико-септического состояния. Прогноз при своевременно начатой терапии благоприятен. Эксфолиативный дерматит Риттера (злокачественная форма пиококкового (стафилококкового) пемфигоида): 1) отслойка эпидермиса вокруг рта в результате серозного пропитывания, распространяющаяся книзу и захватывающая все тело (эпидермолиз); 2) может начинаться с образования пузырей, которые сливаются, обнажая значительные эрозированные площади (симптом Никольского положительный); 3) тяжелое общее состояние; 4) биохимические сдвиги, диспротеинемия; 5) осложнения со стороны различных органов; 6) сепсис. При своевременной интенсивной терапии прогноз благоприятный</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Лечение	<p><u>Взрослые:</u> Уменьшение в рационе животных жиров, углеводов, овощные гарниры. Использование лечебных шампуней против перхоти, содержащих смолы, сульфид селена, салициловую кислоту, деготь, серу, цинк и другие 1-2 раза в неделю. Шампунь «Низорал», кремы, лосьоны, содержащие антимикотики: низорал, клотримазол, лотримин, ламизил и др. Комбинированные кортикостероидные препараты: крем тридерм, лотридерм, дипрогент, лосьоны дипросалик, элоком, мазь оксикорт и др.</p>
	<p>Дезинфицирующие мыла Protex, Safeguard и др. Шампуни, содержащие экстракты трав. Общее УФО № 15-20 на курс лечения, АУФОК №4-6. См. также «Себорея» табл. 84.</p> <p><u>Дети:</u> Лечение себорейного дерматита новорожденных проводит педиатр при консультации дерматолога. При легкой форме – наружное лечение дезинфицирующими и кератопластическими средствами: 3% нафталан, 2% ихтиол, 0,5-1% резорцин в виде паст, мазей, предварительно обработав участки поражения 1% водным раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего. Внутрь назначают поливитаминные препараты. При тяжелой и среднетяжелой формах: короткие курсы антибиотиков (пенициллин, полусинтетические пенициллины, цефалоспорины). Внутривенные вливания глюкозы с витамином С, альбумина, плазмы. Гамма-глобулин внутримышечно. Внутримышечные инъекции витаминов В₁, В₆, В₁₂ (№ 5-15). Внутрь витамины С, В₂, В₁. Ферментные препараты. Эубиотики. После улучшения общего состояния и со стороны кожных покровов – курс общего УФО (№ 15-20). Рациональное вскармливание</p>

Таблица 87. Угри вульгарные (юношеские)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
1	2
Общая характеристика	Возникают в подростковом и юношеском возрасте в себорейных участках (лицо, грудь, спина). Около 90 % людей в этом возрасте переносят угревую болезнь, преимущественно в легкой форме
Факторы риска	Юношеский возраст. Эндокринные нарушения. Жирная себорея. Комедоны. Инфекция (стафилококки и коринебактерии акне)
Патогенез	Нарушения соотношения андрогенов и эстрогенов. Активирующее действие андрогенов на функцию α-редуктазы сальных желез. Гипертрофия и гиперсекреция сальных желез. Гиперкератоз в устьях волосяных фолликулов (аномальная кератинизация, приводящая к их закупорке). Патологическое влияние анаэробной и аэробной (propionibacterium acnes) флоры с дистрофической реакцией сально-волосяных фолликулов, расщепляющей жиры до свободных кислот, вызывающих воспалительную реакцию в сальных железах волосяных фолликулов, закупорку фолликула роговыми массами и накоплением меланина. Перифолликулярная воспалительная реакция
Локализация	Грудь, лицо, спина, шея
Клинические разновидности	1) Папулезные, 2) пустулезные, 3) индуративные, 4) сливные, 5) шаровидные, 6) флегмонозные, 7) нагроможденные (конглобатные), 8) ретенционные (кисты)

Клинические симптомы	1. Узелок полушаровидный с комедоном в центре, воспалительный. 2. Узелок с пустулой в центре. 3. Ограниченные и сливающиеся инфильтраты, абсцессы, свищевые ходы. 4. Микрокисты. Атеромы
Формы по тяжести течения	Легкая – элементы сыпи без перифокальной реакции. Средняя – высыпания с гнойно-воспалительной реакцией. Тяжелая – с признаками расплавления подкожной клетчатки, свищами, узлами, кистами
Исход заболевания	Пигментация или поверхностный рубчик. Плотные распространяющиеся рубцы. Неровные рубцы с перемычками, свищами. Келоидные рубцы
Дифференциальный диагноз	Белые угри (милиум) – микрокисты сальных желез беловатого цвета без комедонов, размером до булавочной головки невоспалительного характера на лице. Предменструальные угри. Медикаментозные угри (на фоне приема кортикостероидов, анаболических, некоторых витаминов) – нестойкие папуло-пустулезные элементы без комедонов. Косметические угри (на косметику, содержащую хлор).
Окончание табл. 87	
1	2
	<p><i>Червеобразная атрофодермия – червеобразные угри:</i> наличие на щеках и в височных областях множества воспаленных атрофических западений червеобразной формы), встречается до периода полового созревания.</p> <p><i>Акне-тетрада</i> – объединяет конглобатные, инверсные акне (абсцедирующий и подрывающий фолликулит Гофмана); полный или неполный Pilonidalsinus (гнойные полости с пучком волос).</p> <p><i>Тропические угри</i> – абсцедирующие конглобатные акне у приехавших в условия жаркого влажного климата. Высыпания возникают на коже спины и ягодиц, иногда на лице и передней части груди. Исчезают после возвращения в условия умеренного климата.</p> <p><i>Молниеносные угри</i> – воспалительная реакция на лице в виде множественных узелково-кистозных элементов.</p> <p><i>Инверсные акне</i> – высыпания узелково-узловатых воспалительных и фистульных комедонов, свищевых ходов в подмышечной, паховой и генитальной областях, на затылке; у женщин – под молочными железами; у пациентов с ожирением – в складках на животе.</p> <p><i>Экскориированные угри</i> (навязчивое состояние для воздействия на кожу).</p> <p><i>Фолликулиты</i> – стафилодермический, герпетический, кандидозный, малассезиозный, псевдомандрный дерматиты; угревидный сифилид, фурункулез</p>
Лечение	<p><i>Легкая форма (папулезная):</i> системное лечение не проводят.</p> <p>Местно – препараты, содержащие клиндамицин, эритромицин, третиноин, бензоилпероксид, ацелайновую кислоту, 0,5-1% ридоксоловая мазь.</p> <p><i>С наличием выраженной воспалительной реакции (пустулезные, шаровидные угри):</i> доксициклин, эритромицин, миноциклин в течение 4-8 недель.</p> <p>Аутогемотерапия.</p> <p>Курс инъекций тактивина (тималина).</p> <p>Сера очищенная по 0,5 г 3 раза в день за 30 мин до еды в течение 2-3 месяцев.</p> <p>Витамины группы В, А, Е, С, АОК с Zn; Se (100-150мкг/сут.).</p> <p>Общее УФО, АУФОК.</p> <p>Диета, бедная жирами, углеводами.</p> <p>Местно: изотретиноин и другие противоугревые средства (см. «Лечение легкой формы»).</p> <p>Коагуляция пустулезных элементов.</p> <p><i>Тяжелая кистозная форма (флегмонозная и конглобатно-ретенционная):</i></p> <p>Роаккутан по 0,1-1 мг/кг/сут. в течение до 1 года с учетом противопоказаний (беременность, кормление грудью, детородный возраст, заболевания печени и почек, гипервитаминоз А) и возможных осложнений (хейлит, дерматит лица, сухость слизистых, конъюнктивит, головные и костно-мышечные боли, изменения состава липопротеинов).</p> <p>Клиндамицин внутрь 0,15-0,45 г каждые 6 ч за 1-1,5 ч до еды или</p>

	внутримышечно (внутривенно) по 0,6 г 3 раза в сутки. Курс 10 дней. Хирургическая обработка нагноившихся кист, атером, свищевых ходов
Профилактика	Режим питания без сладостей. Закаливание. Меры личной профилактики (дезинфицирующие лосьоны). Лечение сопутствующих заболеваний (очаговые инфекции, заболевания ЖКТ, гениталий, эндокринных органов). Лечение больных с начальными формами заболевания. Диспансеризация больных тяжелыми формами угревой болезни. Санитарно-просветительная работа

Таблица 88. Розовые угри (Розацеа)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Розацеа (Rosacea) – ангионевроз с поражением кожи лица, век, конъюнктивы, ушных раковин в виде эритемы розового цвета, папуло-пустулезных, узловато-кистозных элементов, фиброзной гиперплазии лица и ушных раковин. Возникает чаще у женщин в возрасте 30-50 лет
Факторы риска	Конституциональные ангиопатии. Vegetоневроз. Эмоциональный стресс. Гормональный дисбаланс. Климакс. Дисфункции ЖКТ, гепатобилиарной сферы. Фокальная инфекция. Алкоголизм. Метеорологические факторы. Употребление острой пищи. Себорея. Фолликулярный клещ (<i>Demodex folliculorum</i>) – рост факультативного сапрофита
Этиология и патогенез	Патологическое образование в организме вазоактивных пептидов (ангиогенных факторов), вероятно, брадикинина, вызывающих спазм артериол и снижение тонуса венул. Появление характерной эритемы и узелковой сыпи. Многообразные провоцирующие факторы вызывают патологическое образование в организме вазоактивных пептидов (ангиогенных факторов): VIP, пентагастрина, эндорфинов, субстанции P, брадикинина. Выявляется повышенная чувствительность брадикининовых рецепторов к различным вазоактивным веществам, нарушение центральной регуляции тонуса кровеносных сосудов кожи в области лица, замедленное перераспределение кровотока и венозный стаз в области оттока <i>venae facialis sive angularis</i> . С областью оттока лицевой вены соединена также конъюнктивна, что объясняет нередкое вовлечение глаз при этом заболевании. В появлении пустулезной реакции на лице определенную роль играет активное размножение в условиях действия факторов риска условно патогенного сапрофитного клеща <i>Demodex folliculorum</i> , провоцирующего гнойный фолликулярный процесс
Локализация	Лицо
Клинические разновидности	Розацеа. Фима («шишковидный нос») и др.) (рис. 37)
Особые клинические формы	<i>Стероидпровоцированная</i> – возникает на фоне длительного применения кортико-стероидных мазей. Феномен «стероидной кожи»: её субатрофия, обширная темно-красная эритема, телеангиэктазии и папуло-пустулезные элементы. <i>Люпоидная (гранулематозная)</i> – на фоне эритемы выявляются периорбитальные или периоральные множественные багрово-красные папулы или небольшие узлы, образующие бугристую поверхность. <i>Конглобатная</i> – на фоне розацеа образуются крупные шаровидные абсцедирующие узлы, фистулы; часто после приема препаратов, содержащих йод, бром. <i>Молниеносная</i> – наблюдается у молодых женщин; начинается остро в области лица. Появляется выраженный отек, эритема синюшно-красного цвета, папулы и пустулы, узлы шаровидной и полшаровидной формы, которые быстро сливаются в конгломераты с флюктуацией, образованием карманов и фистул. <i>Грамотрицательная</i> – многочисленные розацеа-фолликулиты, возникающие на лице при приеме тетрациклинов и вызываемые грамотрицательными бактериями. <i>Розацеа-лимфозедема</i> – солидный персистирующий отек лица, хроническая персистирующая эритема (болезнь Морбигана). Проявляется центрофациально, на фоне хронического воспаления кожи и развития лимфостаза – темно-красный с фиолетовым оттенком отек с переходом в индурацию

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Клиническая картина Розацеа I, II, III Фимы IV Розацеа-лимфедема (болезнь Морбигана)	I стадия: диффузная эритема розового цвета на фоне себореи. Телеангиэктазии. II-III стадия: фолликулярные папулы и рассеянные пустулы. III стадия: узловатые и кистозные элементы. Преимущественная локализация: кожа носа, щек, подбородка, лба, век. Опухолевидное образование мягкой консистенции фиолетового цвета в области носа ринофима, рис. 37), подбородка (гнатофима), лба (метофима), ушей (отофима). Зияющие устья волосяных фолликулов и появление из них при надавливании жирной массы. Желто-бурая окраска при диаскопии (люпоидная розацеа). Персистирующая эритема с отеком лица до индурации с фиолетовым оттенком
Стадии розацеа I – III IV	Эритематозная. Эритематозно-папулезная. Папуло-пустулезная. Узловатая, кистозная/ Образование фим (фиброз)
Течение	Хроническое с обострениями
Гистопатология	Очаговые лимфоцитарные инфильтраты в дерме с наличием ретикулярных, тучных клеток, гигантских клеток Лангханса, гиперплазия сальных желез
Дифференциальный диагноз	Обыкновенные угри. Красная волчанка. Розацеоподобный дерматит (увлажняющие средства, на косметику, фторированные корти-костероиды, зубные пасты, периоральные контрацептивы, гормональная дисфункция, инсо-ляция). Рубромикоз, контактный дерматит, себорейный дерматит
Лечение общее	Молочно-растительная диета. Регулирование и лечение заболеваний ЖКТ, печени, поджелудочной железы; эрадикация <i>H. pylori</i> желудка. Седативная терапия. Аскорутин 2-3 месяца с повторными курсами через 2-3 недели. Курсы инъекций витаминов В ₁ и В ₆ по 2-5 мл в/м № 25-30.
	Витамин В ₁₂ внутримышечно 1000 мкг № 15-20. Витамины А, Е, фолиевая кислота. Гепатопротекторы. При обильных пустулезных высыпаниях: тетрациклин, доксициклин, юнидокс солютаб, макролиды – до 12 недель. Метронидазол – до 8 недель. Иммуномодуляторы (левамизол 150 мг/сут ежедневно в течение 3 дней каждые 2 недели – 2-3 месяца). Аминокaproновая кислота 0,1 г/кг ежедневно в течение 20-30 дней. <i>Rosacea I</i> – ангиопротекторы, Розальяк, Руборил, экстракт чая, лосьон Антиружер. Термальная вода. Делекс акне форте. Элидел. <i>Rosacea II-III</i> – проводят противомодекозную терапию (метронидазол 60-90 дней) и местно на лицо: 20-30 % серная мазь, 20 % бензилбензоат (мазь, эмульсия), 10-15% водный раствор метронидазола с 20-30 % ДМСО, 20% крем азелаиновой кислоты, наружные ароматические ретиноиды. Дезинфицирующие спирты, лосьоны. Диатермокоагуляция отдельных элементов (до 3 см в диаметре), криомассаж, криотерапия, лазеротерапия. <i>Rosacea IV</i> – Розацеа-лимфедема (болезнь Морбигана) – лечение эндокринных дисфункций, патологий женской половой сферы. Дермабразия (шлифование), хирургическая пластика фим

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕИ И УГРЕВОЙ СЫПИ

Наружное лечение угревой сыпи должно быть направлено на уменьшение явлений жирной (смешанной) себореи, связанной с гипертрофией и гиперсекрецией сальных желез, повышенной кератинизации в устьях сальных и волосяных фолликулов, приводящей к их закупорке и образованию черных точек (комедонов), подавление патогенной микрофлоры на поверхности кожи (золотистый стафилококк и *pitirosporum ovale*) и в фолликулах (коринебактерии акне,) и на снижение воспалительной реакции окружающих тканей дермы.

Дезинфицирующим (антимикробным), вяжущим, частично антисеборейным действием обладают спиртовые растворы, содержащие антибиотики (левомицетин, эритромицин), некоторые сульфаниламиды (сульфацил, стрептоцид), борную, салициловую, молочную, лимонную кислоты, танин, резорцин, тимол, квасцы. Выраженным антисеборейным действием обладает осажденная сера, которую вводят во взбалтываемые взвеси, пудры, мази. На очаги абсцедирующих, сливных угрей назначают чистый ихтиол в виде лепешек или его добавляют в болтушки. Противовоспалительный и антисеборейный эффекты оказывает мазь апилак. У женщин с относительной эстрогенной

недостаточностью рекомендуется включать в наружные средства (болтушки, кремы) половые гормоны (например, фолликулин).

Более выраженное антимикробное, кератолитическое, себостатическое и противовоспалительное действия при папуло-пустулезных угрях обеспечивают официальные препараты, созданные на основе бензоилпероксида в виде геля (бнзакне, саноксит, экларан), ацелаиновой кислоты (крем скинорен), содержащие эритромицин (индерм, эрифлюид). При различных формах угревой болезни, и особенно при ретенционных угрях (комедоны, микрокисты) рекомендуется применение препаратов ретиноевой кислоты (ретиноиды), которые уменьшают пролиферацию сальных клеток, выделение ими кожного сала. Выпускаются в виде кремов, гелей, растворов (ретин А, айрол, локацид) (табл. 89).

Действие. Антисеборейное, дезинфицирующее, противовоспалительное, подсушивающее, рассасывающее, антимикробное, антипролиферативное (ретиноиды).

Показания. Различные формы угрей (обычные, папуло-пустулезные, индуративные, сливные, флегмонозные, ретенционные)

Методика применения. Приведена в сигнатуре к рецептам (см. табл. 89).

Таблица 89. Рецепты наружных средств для лечения себореи и угревой сыпи

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
270	Laevomycetini Ac. borici <i>aa</i> 3,0 Ac. lactici 1,0 Sp. aethylici 70 % 100 ml M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день	Борно-левомицетиновый спирт. Применяют с лечебно-профилактическими целями
271	Acidi salicylici 3,0 Sp. aethylici 70 % 100 ml M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день	Салициловый спирт
272	Sulfacyli 8,0 Sp. aethylici 70 % 100 ml M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день	Сульфациловый спирт
273	Ac. citrici 10,0 Sp. aethylici 70 % 100 ml M.D.S. Протирать кожу лица 2 раза в день	Нормализует кислотность поверхности кожи, растворяет излишки кожного сала
274	Sol. Thymoli spirit. 1 % 100,0 D.S. Протирать кожу лица 1-2 раза в день	При угревой сыпи и расширенных порах
275	Acidi salicylici 0,5. Tannini. Streptocidi . Mentholi <i>aa</i> 1,0. Sp. aethylici 96 % . Aq. destill. <i>aa</i> 50 ml M.D.S. Протирать участки поражения 2 раза в день	Жидкость Сладковича
276	Sulfuris pp. Sp. camphorati <i>aa</i> 6,0. Ol. Ricini Sol. acidi borici 2 %. Sp. aethylici 96 % <i>aa</i> 50 ml M.D.S. Наносить на очаги поражения после взбалтывания 1-2 раза в день	Молоко Видаля
277	Prednisoloni 0,15. Ac. salicylici 1,0. Sulfuris pp. 1,5 Lanolini. Ol. Helianthi. Sp. aethylici 70 % <i>aa</i> 10,0 M.D.S. Смазывать угревой сыпи 2 раза в день астки	Противовоспалительный эффект состава усиливается при добавлении преднизолонa
278	Alumenis ustae 2,0. Sp. aethylici 96 % 50 ml. Glycerini 5,0. q. destill. 100,0. M.D.S. Смазывать кожу лица 1-2 раза в день	При расширенных порах
279	Sol. Olei Folliculini (10 000 ЕД/мл) 5,0 Acidi salicylici 2,0. Sulfuris pp. 10,0. Glycerini 20,0 Sp. aethylici 70 % . Aetheris sulf. <i>aa</i> 50 ml M.D.S. Взболтать. Нанести на кожу лица 1-2 раза в день	Применяется в межменструальный период
280	Ichthyoli . Sulfuris pp. <i>aa</i> 5,0. Zinci oxydi. Talci veneti <i>aa</i> 10,0. Glycerini. Sp. aethylici 70 % <i>aa</i> 50 ml. M.D.S. После взбалтывания нанести на очаги поражения	Применяют при угревой сыпи с выраженной воспалительно-инфильтративной реакцией

№ п/п	Пропись рецепта Rp.:	Примечания
281	Acidi borici 1,0 Sulfuris pp. 2,0 Zinci oxydi Talci aa 20,0 M.D.S. Припудривать кожу лица 1-2 раза в день	Оказывает дезинфицирующий, антисеборейный, маскирующий эффект
282	Ung. Apilaci 3 % 50,0 D.S. Смазывать кожу лица 1 раз в день	Противовоспалительный, антисеборейный эффект
283	Ichthyoli puri 30,0 D.S. Наносить на гнойники 1 раз в день	Применяют на инфильтративные элементы сыпи. Ватные тампоны оставляют на очагах в течение суток. Хорошо снимаются с кожи теплой водой
284	Creporis Retini A 0,05 % 20,0 D.S. Смазывать участки угревой сыпи 1 раз в день очень тонким слоем. Через 6 ч смыть проточной водой	Третиноин. Выпускается также 0,1 %, 0,025 %, 0,05 % гель; 0,05 % лосьон; 0,05 %, 0,1 % крем; 0,1 % раствор. Уменьшает пролиферацию сальных клеток и выделение ими кожного сала. Аналог: локацид в виде 0,05 % крема и 0,1 % лосьона
285	Creporis Airoli 0,05 % 20,0 D.S. Смазывать участки угревой сыпи 1 раз в день	Третиноин (трансретиноевая кислота). Выпускается также лосьон 0,05 % по 50 мл. Уменьшает пролиферацию сальных клеток и выделение ими кожного сала
286	Geli Benzacne 5 % 30,0 D.S. Смазывать кожу лица 1 раз в день тонким слоем в течение 2-3 недель	Активное вещество: пероксид бензоила (бензоилпероксид). Выпускается также 10 % концентрации с целью усиления эффекта до исчезновения кожных проявлений. Оказывает антибактериальное, кератолитическое действия, улучшает оксигенацию кожи. Аналоги: препараты экларан, саноксит
287	Indermi 50,0 D.S. Наносить раствор ватным тампоном утром и вечером	Содержит эритромицин и 2-пропанол в спиртовом растворе. Подавляет рост угревых пропиобактерий и микрококков, вызывающих гнойно-воспалительный процесс в дерме. Аналог: препарат эрифлюид
288	Creporis Skinoreni 20 % 30,0 D.S. Смазывать кожу лица 1-2 раза в день	Активное вещество: ацелаиновая кислота. На очаги поражения наносят крем, тщательно втерев, расход 1-1,25 гкрема на одну аппликацию. Применяют регулярно, до 6 месяцев

Таблица 90. Гнездная алопеция

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Частичное или полное выпадение волос на голове, лице и других участках тела без видимой причины, преимущественно у детей и лиц молодого возраста. Встречается у 1-2 % дерматологических больных
Факторы риска	Семейно-генетическое предрасположение. Атопическое состояние. Стресс. Функциональные нарушения со стороны нервной системы (трофоневроз). Нарушение деятельности щитовидной железы и других эндокринных органов (тиреоидит Хашимото, полигландулярный с-м I типа, витилиго). Гипопаратиреоз. Надпочечная недостаточность. Хронический гранулематозный кандидоз. Миастении. Очаги фокальной инфекции. Интоксикации (токсические вещества, радионуклиды и др.)
Патогенез	В возникновении заболевания определенную роль играют аутоиммунные процессы: образование антиядерных антител к щитовидной железе, ткани яичек и отложение иммунных комплексов с образованием лимфоцитарно-макрофагальной инфильтрации вокруг волосяных фолликулов. Выявляются нарушения эндокринной и нервной регуляции, изменения сосудов, психологические факторы, инфекционные и токсические агенты, приводящие к временному или стойкому нарушению питания волосяной луковицы

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Классификация (фор-мы) гнездной алопеции	1. Очаговая. (рис. 38). 2. Субтотальная. 3. Тотальная. 4. Универсальная. 5. Краевая. 6. Обнажающая. 7. Стригущая (болезнь Никольского)
Стадии	1. Прогрессирующая. 2. Стационарная. 3. Отрастания волос
Клиническая картина Прогрессирующая стадия	Единичные небольшие (1-2 см в диаметре) участки выпадения волос округлой формы (чаще в затылочной области) с неяркой эритемой, возможны зуд, гиперестезия кожи, появление новых очагов, которые постепенно увеличиваются. По периферии очагов определяется «зона расшатанных волос» (при потягивании волосы легко удаляются). Очаги могут сливаться и принять субтотальный, тотальный или универсальный характер (выпадение волос бровей, бороды, усов, подмышечных областей, области гениталий, на конечностях) (рис. 38)
Стационарная стадия	Эритема исчезает, кожа в очагах принимает вид слоновой кости, наблюдается зияние устьев волосяных фолликулов. Очаги округлых, овальных или фестончатых очертаний, крупные. Встречаются обломанные короткие темно-окрашенные волосы. Зона расшатанных волос отсутствует
Стадия отрастания волос	Рост пушковых и длинных волос в очагах. Волосы могут восстанавливаться в течение 4-6 месяцев (доброкачественное течение)
Дополнительные диагностические симптомы	В очагах облысения выявляются расширенные устья волосяных фолликулов. Кожа в очаге может быть цвета слоновой кости, иногда несколько воспалена. По периферии очагов выявляются волоски в виде восклицательных знаков. При субтотальной и тотальной алопеции характерна сглаженность волосяных воронок (симптом «бильярдного шара»). Наличие углублений на ногтях выявляется более чем у 50% пациентов
Гистопатология (прогрессирующая стадия)	Нарушение структуры эпителиальных влагалищ, атрофия сосочков волос, деформация луковицы, инфильтрация лимфоцитами околососочковой области, разрушение нервных окончаний, подходящих к фолликулам, периваскулярные инфильтраты, истончение коллагеновых и эластических волокон
Дифференциальный диагноз	Сифилитическое облысение (многоочаговое или диффузное) – выпадение волос множественными мелкими очагами или по всей волосистой части головы, наличие других сифилидов вторичного периода, РПГА, РИФ, ИФА положительные. Дерматофитии (микроспория, трихофития) – очаги эритематозно-сквамозных пятен, обломанные волосы, положительное исследование чешуек и волос из очагов на грибы, люминесцентная диагностика с помощью лампы Вуда. Лепрозная алопеция – частичное выпадение волос на лице, особенно в области боковых поверхностей бровей. Рубцовые алопеции возникают в результате эритематоза, псевдопеллады Брока, фолликулярной формы красного плоского лишая, абсцедирующего фолликулита и др. Травматическая алопеция наблюдается у лиц, создающих у себя особые виды тугих причесок. Трихотилломания: навязчивое состояние вырывать волосы, характеризующееся неравномерным ростом и поредением волос в возникающих очагах. Андрогенетическая алопеция: диффузное облысение в лобно-теменной области после 20-ти лет. Младенческая алопеция (на затылке) носит временный характер. Медикаментозная алопеция часто развивается на фоне противоопухолевой терапии. Очаговая алопеция (очаги отсутствия волос с рождения). Метастатическая алопеция может возникнуть при раке молочной железы
Общее лечение	Общие рекомендации включают лечение выявленных заболеваний, исключение вредных привычек. Очаговые (многоочаговые формы) Препараты, улучшающие микроциркуляцию: ксантинола никотинат 1-3 табл. 3 раза в день; пентоксифиллин 1 табл. 2-3 раза в день (2-3 недели); курантил 1-2 драже 3 раза в день (до нескольких месяцев); доксиум 0,25 г 3 раза в день (до 1,5 мес.). Витаминотерапия: А, Е, С, РР, курс инъекций витаминов В ₁ , В ₆ , В ₁₂ . Препараты, содержащие цинк, медь, железо, селен, кремний, калий, магний, хром. Биогенные стимуляторы: экстракт алоэ, гумизоль, спленин. Адаптогены. Ноотропные препараты. Транквилизаторы: сибазон 5 мг 2 раза в день до 1,5 мес.; при депрессии «Азафен» по 12,5 мг 2-3 раза в день

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общее лечение	<p>Субтотальная алопеция (поражение волосистой части головы до 50%): преднизолон 40 мг/сут. 6-8 недель с последующим снижением; дипроспан 1-2 мл в/м 1 раз в 2 недели, №3-5; мини-пульс терапия бетаметазоном – 5 мг 2 дня в неделю, 3-4 месяца.</p> <p>Тотальная и универсальная алопеция: циклоспорин А (сандиммун-неорал) – 5 мг/сут. 3 месяца, затем по 3 мг/сут. (2-3 месяца). ПУВА-терапия с системным назначением фотосенсибилизаторов (аммифурин, метоксален, оксарален и др.)</p>
Средства для наружного применения	<p>Прогрессирующая стадия: кортикостероиды (кремы, растворы) умеренного и сильного действия – наносят 1 раз в день на участок поражения + 1см окружающей кожи – 3 недели, 1 неделя перерыв – 3 таких курса; внутрикожное введение в краевые зоны очагов кортикостероидов (кеналог, дипроспан) в виде нескольких knobочек (0,3-0,4 мл на элемент – до 2 мл на сеанс) с последующим их массажем, инъекции повторяют через 1,5-2 месяца.</p> <p>Стационарная стадия и отрастания волос: 1) контактная терапия антралином – начинают с 5 мин аппликации его 0,5% крема; проводят сенсibilизацию здоровой кожи 2% раствором дифенилциклопропенона в течение 2-х недель, затем его 0,00001% раствор наносят на очаг выпадения волос, где возникает воспалительная реакция; 2) настойка стручкового перца и стрихнина, хлоралгидрат; диметилсульфоксид (в возрастающих концентрациях на основе жирового раствора витамина А); 3) локальная фотохимиотерапия – проводят втирание в очаги спиртовых растворов фотосенсибилизаторов (псоберан, аммифурин и др.) с последующим воздействием на очаги лучами УФА-спектра</p>
	<p>Физиолечение На очаги назначают: электрофорез глутаминовой, аскорбиновой, никотиновой кислот, эуфиллина, цинка сульфата, лазеротерапию, дарсонвализацию, амплипульс-терапию, криомассаж, массаж волосистой части головы и воротниковой зоны. Для общего воздействия применяют: рефлексотерапию, электросонтерапию, КВЧ-терапию, индуктотермию на область надпочечников</p>
Профилактика	<p>Диспансерное наблюдение, обследование и лечение у специалистов (невропатолог, терапевт, эндокринолог, гинеколог, ЛОР, психотерапевт). Маскировка очагов специальными прическами, ношение оригинальных шапочек, повязок, париков (при субтотальной и тотальной алопеции). Для укрепления и стимуляции роста волос длительное применение шампуней и лосьонов с растительными экстрактами, например «Фитовал» и др.. Психологическая поддержка пациентов (психолог, психотерапевт)</p>

НАРУЖНЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОБЛЫСЕНИЯ (алопеции)

Для лечения очаговых форм алопеции применяют местно-раздражающие вещества: настойку стручкового перца и стрихнина, хлоралгидрат, хлороформ, эфир, скипидар, йод, серу, салициловый и борный спирт, резорцин, димексид, пчелиный и змеиный яд, прополис, препараты никотиновой кислоты, фотосенсибилизаторы и др (табл. 91).

Действие. Раздражающее, сосудорасширяющее, улучшающее трофику кожи.

Показания. Назначают в стадию стабилизации процесса и отрастания волос. В стадию прогрессирования процесса раздражающие средства не применяют. В эту стадию нужно ограничиться легким втиранием жирового раствора витамина А, кортикостероидных мазей, кремов, содержащих гидрокортизон, преднизолон.

Методика применения. Приведена в сигнатуре рецептов (см. табл. 91).

Таблица 91. Рецептура наружных средств для лечения алопеции

№ п/п	Пропись рецепта Rp	Примечания
289	Sol. Retinoli acetatis oleosae 3,44 % 20,0 M.D.S. Втирать в очаги выпадения волос 2 раза в день	Применяется в стадию прогрессирования, стабилизации процесса и отрастания волос
290	Pilocarpini 2,0 Anaesthesini Novocaini _____ Ac. borici <u>aa</u> 3,0 Aetheris sulf. 30,0 Sp. aethylici 96 % 100 ml M.D.S. Втирать в очаги ежедневно	Применяется в стадию стабилизации процесса и отрастания волос
291	Paraffini liquidi 15,0 Iodi 0,25 Sp. aethylici 96 % 5ml Chloroformii 80,0 M.D.S. Втирать в очаги выпадения волос 3 раза в неделю	Применяется в стадию стабилизации процесса и отрастания волос
292	Tincturae Strychni _____ Tincturae Capsici <u>aa</u> 15,0 Sulfuris pp. 3,0 Sp. aethylici 96 % 50 ml Sol. Chlorali hydrati 5 % 200,0 M.D.S. Втирать в кожу волосистой части головы ежедневно	Применяется в стадию стабилизации процесса и отрастания волос
293	Ung. Finalgoni 30,0 D.S. Втирать в очаг облысения 1 раз в день с помощью аппликатора	Содержит 4 % ванилилнорамада и 2,5 % 2-бутоксипропилового эфира никотиновой кислоты. Вызывает расширение капилляров и гиперемию кожи. На очаг 5-7 см применяют до 0,5 см мази
294	Tincturae Capsici 50,0 D.S. Втирать в очаги выпадения волос 1 раз в день	Настойка стручкового перца содержит капсаицин, который вызывает активную гиперемию в очаге выпадения волос. Применяется в стадии стационарную и отрастания волос. Капсаицин содержат официальные средства: капситрин (жидкость), линимент перцово-камфорный, мазь эспол, никофлекс-крем
295	Lotionis Minoxidili 2 % 50,0 D.S. Втирать около 1 мл в день, начиная с центра очага облысения к периферии	Показания: андрогенетическое облысение. Применяется в течение 1 года. Местный антиандроген, улучшает микроциркуляцию, стимулирует рост волосных клеток. Аналоги: препараты ригейн, алопекси

ГЕНОДЕРМАТОЗЫ

Генодерматозы (наследственные дерматозы) – генетически обусловленные болезни кожи. Дерматогенетика отличается спецификой диагностики, профилактики, включает генеалогические исследования, требует знания методик генетики. На долю генодерматозов приходится около 10% всей кожной патологии (около 200 заболеваний).

Наиболее часто из генодерматозов встречается вульгарный ихтиоз с популяционной частотой 1:250-1:320 человек, вульгарный сцепленный с полом ихтиоз (у лиц мужского пола) 1:6000-1:10000, частота нейрофиброматоза в отдельных популяциях достигает 1:2500-1:3000, значительно реже наблюдаются доминантные формы буллезного эпидермолиза 1:250000-1:500000 (табл. 92-94).

Условная классификация:

- 1) ихтиозиформные генодерматозы;
- 2) группа наследственного буллезного эпидермолиза;
- 3) кератодермии;
- 4) факоматозы (невоидные опухоли, гамартомы нескольких органов – нейрофиброматоз Реклингаузена, синдром базальноклеточных невусов и др.);

5) врожденные пороки развития (диспластические дерматозы – ангидротическая эктодермальная дисплазия, синдром Криста-Сименса и др.);

6) генодерматозы с соматическими мутациями мультифакториальной природы (псориаз, атопический дерматит, экземы и др.).

Общая схема диагностики наследственных дерматозов:

- | | |
|--|--|
| 1) медико-генетическое консультирование вступающих в брак; | 7) патоморфологическое исследование кожи; |
| 2) клинико-генеалогическое обследование больного; | 8) фетоскопическая (внутриутробная) биопсия кожи со световым и ультрамикроскопическим исследованием. |
| 3) анализ дерматоглифики; | 9) генетическое картирование; |
| 4) микроскопия волос; | 10) кариотипический анализ (дефекты хромосом); |
| 5) потовые пробы; | 11) выявление у плода биохимических маркеров генодерматозов |
| 6) пробы на салоотделение; | |

Таблица 92. Ихтиозы

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Генодерматоз с герменативными мутациями по аутосомно-доминантному типу, встречается у лиц обоего пола, развивается чаще в возрасте от 1 года до 2 лет, характерно изменение эпидермиса, напоминающее рыбу чешую
Разновидности клинических форм	Обычный ихтиоз. Рецессивный X-сцепленный ихтиоз. Ламелярный ихтиоз (пластинчатый). Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия Брока
Клиническая картина обычного ихтиоза	Тип наследования аутосомно-доминантный. Дефект экспрессии профилаггина/филаггина-белков (кератина) в результате ретенционного гиперкератоза. Сухость кожи с шелушением, преимущественно на боковых поверхностях туловища и разгибательных поверхностях конечностей, без воспалительных явлений, трещины различной глубины. Явления кератодермии в области крупных складок и промежности. При тяжелых формах – снижение пото- и салоотделения, ониходистрофии, истончение, разрежение волос. Явления астенизации, иммунодепрессивное состояние, микседематозный статус, нарушение обмена витаминов А и Е
Клинические разновидности обычного ихтиоза	<i>Ксеродермия</i> – отрубевидное шелушение кожи. <i>Простой ихтиоз</i> – сухость кожи и обилие пластинчатых чешуек («рыбья чешуя») <i>Блестящий</i> – большое количество чешуек с блестящей поверхностью. <i>Змеевидный</i> – плотные чешуйки, образующие рисунок, напоминающий кожу змеи. <i>Иглистый</i> – чешуйки имеют вид шипов (иголок). <i>Черный</i> – чешуйки имеют темный вид (у пожилых)
Гистопатология	Гиперкератоз, гранулез, истончение мальпигиева слоя, фолликулярный гиперкератоз, редкие периваскулярные инфильтраты, гиалинизация коллагеновых волокон, сгущение аргирофильных волокон.
Рецессивный X-сцепленный ихтиоз мужского типа	Недостаточность стеролсульфатазы, арилсульфатазы с X-хромосомой, локус Хр22.32, ретенционный гиперкератоз. Наследуется по рецессивному типу с рождения или детства. Генерализованное поражение кожного покрова, включая складки, лицо, волосистую часть головы (с очагами облысения). За исключением лодоней и подошв, чешуйки темные, плотные. Возможна умственная отсталость, эпилепсия, катаракта, аномалии скелета, другие дисплазии. Болеют лица мужского пола.
Клиническая картина Ламелярный ихтиоз	Продукция кератинов 1, 10 влияет на сборку филаментов, ослабляет клеточные каркасы; недостаточность транслутаминазы с развитием гиперкератоза, пузырей; утолщение рогового слоя. Эритродермия, пластинчатый гиперкератоз, эктропион, фотобфия

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Колоидный плод «Плод Арлекина» Легкая форма	Кожа плода эритематозная, покрыта прозрачной пленкой, мешающей дыханию и кормлению ребенка. Через 2-3 недели пленка отторгается, наблюдается эритродермия в складках, многочисленные чешуйки в виде панциря-мозаики. Возникают пороки внутриутробного развития. Дети рождаются недоношенными, с поражением всего кожного покрова в виде рогового панциря, с кровотокающими трещинами (плод Арлекина), в кожных складках по типу черного акантоза, диффузной кератодермии ладоней и подошв, деформациями лица, рта, ушных раковин, конечностей эктропионом век. Роговые массы заполняют рот, нос, ушные раковины, нарушается дыхание, питание. Обнаруживаются дефекты внутренних органов. Присоединение вторичной инфекции вызывает гибель ребенка. Нарушения внутренних органов менее выражены, утолщение рогового слоя связано с дефектом синтеза липидов и дефосфорированных белков
Гистопатология	Диффузный пролиферативный гиперкератоз с очагами паракератоза, гранулеза, акантоза, лимфоцитарная инфильтрация сосочкового слоя
Врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия Брока	Плейотропное аутосомно-доминантное заболевание с 50 % пенетрантностью. Поражение кожи новорожденных сопровождается явлениями универсальной эритродермии и обильными буллезными элементами (вид обожженного). Симптом Никольского положительный. Выявляются: кератодермия на ладонях и подошвах, уродства верхней губы, челюсти, твердого и мягкого неба, ушных раковин, ониходистрофии. Состояние детей тяжелое
Гистопатология	Воспалительный инфильтрат в дерме, гипер- и паракератоз, гранулез
Дифференциальный диагноз	Фринодерма. Паранеопластическая ксеродермия. Лекарственная токсидермия. Различные ихтиозы; синдромы Рефсума, Руда и др.
Лечение Обычный ихтиоз и X-сцепленный ихтиоз	Витамины А и Е месячными циклами (перерыв 1-2 месяца) в соответствии с возрастными дозами. Аевит – детям до 10 лет по 1-2 капсулы в день циклами по 20 дней, детям старше 10 лет в/м по 1 мл через день, 10-15 инъекций. Витамины В ₂ , С, В ₆ . Ароматические ретиноиды (детям старше 10 лет). Пангамат кальция, оротат калия. При тяжелых формах включают гамма-глобулин, спленин, солкосерил, алоэ, апилак. Препараты железа, взвесь плаценты, анаболики. Тиреоидин, липамид, метионин, фестал. Оксигенотерапия, УФО. Гидротерапия с натрия хлоридом, морской солью, рапой, фитодобавками. После ванны наносят под пленку 44-60% р-р пропиленгликоля. Местно – мази, содержащие салициловую кислоту (0,5 %), мочевины (20-25%), ихтиол, витамин А, кортикостероиды. Мази с ароматическими ретиноидами
Ламеллярный ихтиоз Ихтиозиформная эритродермия Брока Синдром Арлекина Колоидный плод	Глюкокортикоиды (1,5-3 мг/кг веса в сутки) (преднизолон) – 1-1,5 мес. с последующим снижением (3-6 недель). Ретиноиды внутрь (изотретиноин, ацетретиноин). При необходимости высокоактивные антибиотики. При кормлении добавляют калия хлорид (5 %) и кальция хлорид (2 %). Гемотрансфузии, нативная плазма, гамма-глобулин. Солевые растворы с добавлением витамина С, глюкозы, кокарбоксылазы, витаминов В ₆ , В ₁₂ , анаболиков. Закапывание в нос и глазные щели по 1 капле жирового раствора витамина А. Внутрь витамин А (50000 МЕ/сут), витамины группы В. Взрослым: витамин Д ₃ (кальципотриол, такальцитол) – 2 раза в день. Суховоздушные ванны. Местно – водные растворы анилиновых красок (складки), мази с нафталином, ихтиолом и содержанием кортикостероидов. Ванны с калия перманганатом. Ланолиновый крем с добавлением витамина А и Е, салициловой кислоты (0,5 %) на 1 ч, растительные масла. Даже при рано начатом лечении (с момента рождения) прогноз сомнительный

Таблица 93. Врожденный буллезный эпидермолиз (врожденная пузырчатка)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Большая группа генодерматозов, характеризующихся возникновением пузырей без предшествующей воспалительной реакции на коже и слизистых и появляющихся после их незначительной травматизации. Выявляется продукция аномального термозависимого белка в цитоплазме кератиноцитов, повышенная активность цитолитических ферментов. В биоптатах кожи плода, полученных фетоскопическим методом, обнаруживается высокая активность коллагеназы (повышена более чем в 3,5 раза – биохимический маркер рецессивного буллезного эпидермолиза)
Разновидности врожденного эпидермолиза	1) простой буллезный эпидермолиз – пузыри в базальной и супрабазальной зонах; повышена активность коллагеназы, дефект кератинов 5 и 14; 2) пограничный (ПБЭ) – пузыри в области светлой пластины дермо-эпидермальное соединение, дефект молекул ламинина (крепят эпидермис к дерме); 3) дистрофический: - гиперпластическая форма – образование пузырей в области темной пластинки ДЭС; - полидиспластическая форма – мутации коллагена VII типа с дефектом якорных фибрилл. Наследуются по аутосомно-доминантному типу, полидиспластическая форма – по аутосомно-рецессивному
Клиническая картина Простой буллезный эпидермолиз	Заболевание развивается чаще с рождения ребенка и проявляется образованием тонкостенных болезненных пузырей (до грецкого ореха и более), содержащих серозный экссудат. Излюбленная локализация пузырей: на местах травматизации (локти, колени, кисти, лодыжки, стопы, ягодицы), на слизистых редко (2-3 %). Симптом Никольского отрицательный. Дисплазии со стороны зубов, ногтей отсутствуют. Течение доброкачественное. Наблюдаются спонтанные ремиссии в холодное время года, эрозии эпителизируются, рубцов не остается
Гистопатология	Вакуолизация и цитолиз клеток живого слоя эпидермиса
Пограничный (ПБЭ) буллезный эпидермолиз	Пузыри на коже, слизистой полости рта, поражение дыхательной системы, изменения зубов, ногтей, милиумы, рубцовые изменения, алопеции, контрактуры
Дистрофический буллезный эпидермолиз: Гиперпластический буллезный эпидермолиз	Проявляется после рождения в грудном или раннем детском возрасте. Появляются посттравматические пузыри, гиперкератоз на ладонях и подошвах, утолщение ногтей, гипергидроз. Симптом Никольского чаще отрицателен. У 20 % больных поражаются слизистые оболочки полости рта, гениталий, конъюнктивы. Эрозии эпителизируются медленно, заживают рубцом (келоидом) с образованием милиум, возможны деформации языка. Буллезные поражения сочетаются с дистрофиями зубов, гипертрихозом или ихтиозом. Течение доброкачественное, обострения наблюдаются в теплое время года, при ношении теплой одежды, обуви, приеме теплых ванн
Гистопатология	Субэпидермальные пузыри, отек сосочкового слоя, дистрофия эластических и коллагеновых волокон, расширение кровеносных и лимфатических сосудов, инфильтрат из лимфоцитов, фибробластов, гистиоцитов и плазматических клеток
Разновидность гиперпластического буллезного эпидермолиза	Альбопапулоидный буллезный эпидермолиз. На местах заживших пузырей с течением времени появляются милиумподобные кисты, милиарные папулы цвета слоновой кости, сливающиеся в бляшки неправильных очертаний
Полидиспластический буллезный эпидермолиз	Наиболее тяжелая форма эпидермолиза, развивается с момента рождения. Появляются спонтанные или посттравматические пузыри с геморрагическим и серозным содержимым на излюбленных и других участках кожи. Симптом Никольского положителен. Вовлекаются слизистые рта, глотки, пищевода с образованием деформаций. Образуются милиумподобные элементы, кровоточащие незаживающие язвы, атрофические рубцы. В ЖКТ возможно образование рубцов, стриктур, перфораций с соответствующей клинической картиной. В мочевых путях развиваются стриктуры, стенозы. Пузырные поражения на пальцах приводят к их сращению и разрушению, мутиляциям, контрактурам крупных и мелких суставов. Наблюдаются аномалии волос, зубов, низкий рост, снижение интеллекта, иммунодепрессия, развивается тяжелая анемия, интоксикация, гипотрофия, вторичная инфекция, амилоидоз. Указанные клинические изменения приводят к инвалидности, сокращению продолжительности жизни и летальному исходу. Возможно более легкое хроническое-рецидивирующее течение заболевания

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Гистопатология	Вакуолизация и дезинтеграция базальных клеток эпидермиса, участки базальной мембраны некротизированы. Отмечается расширение сосудов дермы, вокруг них лимфоциты, гистиоциты, эозинофилы, полинуклеары. Дегенерация соединительнотканых структур дермы, их некроз
Дифференциальный диагноз	Сифилитическая пузырчатка новорожденных. Синдром Лайелла. Синдром стафилококковой обожженной кожи
Общее лечение	Анаболические препараты (ретаболил). Средства, подавляющие активность коллагеназы (дифенин, ретиноиды). Витамины Е, А, С, U, рутин, пангамат и пантотенат кальция. Иммуностимуляторы. Препараты железа, серы. Гемотрансфузии, введение плазмы, эритроцитарной массы, гамма-глобулина. При сепсисе – антибиотики, при кишечных нарушениях – зубиотики, ферменты
Местное лечение	Вскрытие пузырей, дезинфицирующие средства, красители в виде растворов, затем мази, кремы, пасты, обладающие регенеративными свойствами (Солкосерил, Ируксол, крем Унны с добавлением винилина, цигерола и т.п.)
Амбулаторное наблюдение	Диспансеризация. Диетический режим. Противорецидивные курсы. Осмотры хирурга, гастроэнтеролога, уролога

Таблица 94. Фолликулярные кератозы

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Группа наследственных болезней кожи, которые характеризуются распространенным гиперкератозом, в основном фолликулярного характера
Разновидности некоторых кератозов и тип наследования	Волосяной лишай (фолликулярный кератоз) – аутосомно-доминантный. Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи – аутосомно-доминантный, возможен приобретенный. Фолликулярный дискератоз (болезнь Дарье) – аутосомно-доминантный; идентификация насоса Ca ²⁺ с дефектным белком
Волосяной лишай (поверхностный ихтиоз)	Начинается в раннем детском возрасте. На коже разгибательных поверхностей конечностей, спины появляются многочисленные мелкие фолликулярные узелки цвета нормальной кожи, покрытые роговыми чешуйками без тенденции к слипанию. Характерен симптом «терки». Протекает хронически, доброкачественно, обостряется в зимнее время и в период полового созревания
Гистопатология	Фолликулярный гиперкератоз с расширением устьев волосяных фолликулов и питающих их сосудов, умеренная околососудистая инфильтрация кожи. Признаки дистрофии волосяных фолликулов и сальных желез
Дифференциальный диагноз	Сухая форма стрептодермии. Обычный ихтиоз. Болезнь Девержи
Красный отрубевидный волосяной лишай Девержи Хроническая форма	Может возникнуть как в детском возрасте, так и у взрослых. Поражается волосистая часть головы, верхняя часть туловища, конечности. Множественные остроконечные фолликулярные папулы милиарного характера, желтовато-красного цвета, конической или уплощенной формы с роговыми пробками, нередко на эритематозном фоне. Под чешуйкой (пробкой) обнаруживается перекрученный волос или он выступает над ними в виде шпилья. Прикосновение к очагам дает ощущение терки. Папулы могут сливаться в бляшки, покрытые белесоватыми плотно сидящими чешуйками. В области коленных и локтевых суставов выявляются зоны серовато-коричневатых роговых наслоений. На тыльных поверхностях концевых фаланг пальцев обнаруживаются плотноватые остроко-нечные роговые папулы (конусы Бенье). На лбу, крыльях носа, области глаз – эритема, шелушение. На ладонях и подошвах – эритема морковного цвета, выраженный пластинчатый гиперкератоз, возможны глубокие болезненные трещины, приводящие к контрактурам
Ослабленная форма	Поражаются ладони и подошвы, гиперкератотические бляшки в области локтевых и коленных суставов с нерезкими контурами, единичные мелкие папулы

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Эритродермическая форма	Возникает при остром развитии процесса или нерациональной наружной терапии. Кожный покров принимает оранжево-красный (шлососевый) оттенок. <u>При этом сохраняются островки непораженной кожи.</u> Развивается лимфаденопатия, возможен эктропион. Ногти утолщены, подногтевые роговые массы плотно спаяны с пластинкой, которая имеет пористый характер и сдавлена с боков. Выражена продольная исчерченность ногтей, болезненность. Течение болезни Девержи хроническое с периодами ремиссий и обострений
Гистопатология	Гиперкератотические фолликулярные пробки, гранулез, очаговый паракератоз и акантоз вокруг фолликулов. В дерме вокруг волосяных фолликулов и сосудов отмечается умеренная инфильтрация лимфоцитами и нейтрофилами
Дифференциальный диагноз	Псориаз. Себорейная экзема. Вторичные эритродермии. Токсидермии. Лимфомы кожи
Фолликулярный дискератоз (болезнь Дарье) Типичная форма	Дефект синтеза и созревания комплекса тонофиламентов (десмосом). Развивается после 10-летнего возраста в себорейных зонах, крупных складках. Изолированные плотные фолликулярные папулы (0,2-0,5 см) плоской или шаровидной формы желто-коричневого цвета. Сливаются в бляшки, покрытые грязно-коричневыми корками, при снятии которых обнажается сухая или влажная поверхность с центральным углублением. На волосистой части головы, на лбу, в носогубных складках слившиеся папулы имеют вид бородавок или папиллом. Процесс может перейти на ушные раковины, слуховые проходы и на весь кожный покров с образованием папилломатозных эрозированных бляшек, развитием ладонно-подошвенного кератоза. Ногтевые пластинки расщепляются продольно, неровно обламываются, с наличием белых продольных полосок (лейконихия) и подногтевого гиперкератоза. Заболеванию протекает на фоне эндокринопатий, снижения функции половых желез, вторичного гиперпаратиреоза, повышенной чувствительности к УФЛ, снижения иммунитета к бактериальным и вирусным инфекциям. Течение хроническое
Гистопатология	Изменения кожи по типу дискератоза (круглые тельца и зерна в эпидермисе), образование в эпидермисе лакун, содержащих акантолитические клетки, папилломатоз с пролиферацией в лакуны, хронический воспалительный инфильтрат, возможен акантоз и гиперкератоз
Атипичные формы	Везикулезная. Гиперкератотическая (бородавчатая). Abortивная
Дифференциальный диагноз	Плоские бородавки. Красный плоский лишай. Семейная пузырчатка. Вегетирующая пузырчатка. Кератозы
Общее лечение (болезни Девержи и Дарье)	Проводят при обострении заболевания. Неотигазон (0,5-1,5 мг/кг/сут) per se или в сочетании с химиофототерапией. При эритродермической форме болезни Девержи – комбинация кортикостероидов с ретиноидами. Метотрексат показан в тяжелых случаях. Витамины А, Е, В ₁₂ , аевит в инъекциях. Общее УФО
Наружное лечение	Кератопластические эпителизирующие мази с содержанием салициловой кислоты (1-2%,), молочной кислоты и резорцина (1%). Аэрозоли с кортикостероидами, антибиотиками. Анилиновые красители. Мази, содержащие этретинат 0,1 %. 5 % фторурациловая мазь, «Тазаротен», «Элидел»
Амбулаторное наблюдение	Диспансеризация больных с тяжелыми формами кератозов. Курсы витамина А, аевита. Поддерживающие дозы ретиноидов. Гидротерапия, УФО. Кератопластические, дезинфицирующие средства. Мази с ретиноидами

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Дифференциальный диагноз	Проводят с роговой экземой, рубромикозом, некоторыми эндокринопатиями (например, гипотиреоз), сопровождающимися явлениями повышенного ороговения и пигментации
Лечение	Обследование у эндокринолога (функция щитовидной и поджелудочной железы), иммунолога, невропатолога, психиатра, стоматолога. Ретиноиды: неотигазон, этретинат до 0,5мг/кг/сут. несколько недель; таких 2-3 курса в год. Показаны также курсы витаминов А, Е, С, В ₆ , аевита; ангиопротекторов (теоникол, трентал и др.). При кератодермии Папийона-Лефевра – антибиотикотерапия, санация полости рта. На очаги поражения: 20% салициловая мазь и другие кератолитические мази; кремы с содержанием витаминов А, Е, мочевины; 20-50% димексид, солевые ванны. Физиолечение: фонофорез с витамином А, лазеротерапия, Букки-терапия

Таблица 96. Т-клеточные лимфомы кожи (ТКЛК)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Общая характеристика	Злокачественный Т-лимфопрлиферативный процесс с преимущественным поражением кожи в виде зудящих инфильтративных бляшек, участков эритродермии, изъязвляющихся узлов, опухолей, при тяжелых формах – поражением лимфатических узлов, внутренних органов и неблагоприятным исходом		
Сведения об этиологии	Хромосомные aberrации (транслокации) в Т-лимфоцитах у лиц с HLA-I класса A29, A31, A30, A32, A10, B5, B8, BW35. Предполагается прямое или опосредованное действие РНК-ретровирусов I типа (HTLV-I) на Т-лимфоциты, клетки Лангерганса		
Факторы риска	Передача с молоком матери. При половых контактах. Через кровь. Воздействие канцерогенов. Ультрафиолетовое облучение		
Морфологическая классификация ТКЛК	Низкой степени злокачественности – ТКЛК I	Средней степени злокачественности – ТКЛК II	Высокой и очень высокой степени злокачественности – ТКЛК III, IV
ТКЛК низкой и средней степени злокачественности	<p style="text-align: center;"><i>Патогенез и клиническая картина ТКЛК</i></p> <p>На ранних стадиях ТКЛК поражаются зрелые Т лимфоциты со свойствами Т-хелперов, которые обладают выраженным эпидермотропизмом, вызывают дегенеративные изменения в эпидермисе, хроническую воспалительную реакцию. Выражено снижение кальций-магний зависимого эндонуклеолиза ДНК лимфоцитов, приводящее к пролиферации патологических клонов лимфоцитов. Инфильтраты в дерме (сосочковый слой), бляшки с нерезкими границами, эритродермия, поверхностная атрофия кожи, мокнутие.</p>		
ТКЛК высокой и очень высокой степени злокачественности	Поражаются незрелые и активированные клеточные элементы (лимфобласты, иммунобласты). Инфильтрат проникает в сетчатый слой дермы. Инфильтрированные бляшки с резкими границами, узлы, склонные к изъязвлению. Диссеминация процесса. Метастазы в лимфоузлы, селезенку, печень, легкие, костный мозг, ЖКТ, почки		
Клинические формы ТКЛК 1 низкой степени злокачественности	Узелковая форма (лимфоматоидный папулез). Бляшечная форма (атрофический парапсориаз). Эритродермическая форма (эксфолиативный дерматит Вильсона-Брока)		
ТКЛК 2 средней степени злокачественности	Узелковая форма (грибовидный микоз с фолликулярным муцинозом). Бляшечная форма (грибовидный микоз Алибера ; ретикулез кожи Н.С.Потекаева). Эритродермическая форма (грибовидный микоз Аллоп-Бенье или Сезари синдром)		

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
ТКЛК 3-4 высокой и очень высокой степени злокачественности	Узеловые формы: грибвидный микоз Видаля-Брока (обезглавленная форма); большеклеточная CD 30+ ТКЛК III, паникулоподобная Т-клеточная лимфома – ТКЛК IV
Клиническая картина ТКЛК 1	<p><i>Узелковая форма (лимфоматоидный папулез)</i> На коже обнаруживаются плоские папулы размером с просо желто-розового (сиреневого) цвета с гладкой, блестящей поверхностью, которые разбросаны небольшими скоплениями (доброкачественное течение); при злокачественном течении элементы становятся похожими по размеру и цвету на половинки вишен, которые превращаются в бляшки или некротизируются в центре.</p> <p><i>Бляшечная форма (атрофический параспориоз)</i> При доброкачественном течении на месте слабо инфильтрированных желтовато-розовых бляшек (с лодонь и более) развивается поверхностная атрофия кожи с гиперпигментацией и телеангиэктазиями; больных беспокоит умеренный зуд. При малигнизации процесс трансформируется в течение 15-20 лет (от начала заболевания) в грибвидный микоз Alibert.</p> <p>Эритродермическая форма (<u>эксфолиативный дерматит Вильсона-Брока или пре-Сезари синдром</u>) Развивается на фоне длительно протекающих рецидивов «экземы», «нейродермита» (в течение 10-15 лет). Кожа в очагах отечна, инфильтрирована, отмечается обильное крупнопластинчатое шелушение; подкожные лимфатические узлы увеличены. Наблюдается выпадение волос, истончение и лизис ногтевых пластинок. Выявляются лимфоматоидные папулы, инфильтраты «площадкой»; больных беспокоит мучительный зуд. При длительном течении – исход неблагоприятный, или трансформация в грибвидный микоз.</p> <p><i>Узелковая форма (грибвидный микоз с фолликулярным муцинозом)</i> Заболевание начинается с формирования конических или полушаровидных узелков ярко-розового, затем восковидного цвета с роговым шипиком в центре. Узелки сливаются в псориазиформные бляшки и диффузные участки эритродермии (не поражаются голени, стопы, подколенные и аксиллярные ямки). В начале развивается очаговая, а затем тотальная алопеция. Крупные папулы некротизируются, оставляя штампованные рубчики. Часть бляшек регрессирует, некоторые превращаются в плоские, тестоватой консистенции узлы с некротичекиим струпом. Наблюдается резкое увеличение подкожных лимфатических узлов; больных беспокоит умеренный кожный зуд.</p> <p>Бляшечная форма (<u>грибвидный микоз Алибера</u>) Характерна трансформация отечных ярко-розовых пятен: 1) эритематозная стадия – лихенифицированные нечеткие бляшки застойно-красного цвета; 2) бляшечная стадия – узлы размером от сливы до апельсина, с некрозом и изъязвлением в центре; 3) опухолевидная стадия. Субъективно – мучительный кожный зуд. Длительность течения – до 8 лет.</p> <p>Эритродермическая форма (<u>грибвидный микоз Аллопо-Бенье или Сезари синдром</u> –лейкемический вариант). Протекает более злокачественно, чем грибвидный микоз Алибера. Больные погибают в течение 2-4 лет от начала кожных проявлений. Премикотическая стадия – зудящие бляшки на конечностях в течение нескольких месяцев распространяются на весь кожный покров, имеют лиловый оттенок, шелушение крупно-пластинчатое, неукротимый зуд, гиперкератоз ладоней и подошв, диффузная алопеция.</p>
	Лейкоцитоз в крови – более 100 тыс в 1 мкл ⁻¹ ; более 10% лимфоцитов клеток Сезари (крупные клетки с церебриформными ядрами); в концентрате – 15-30% и более. Выражена лимфаденопатия. Микотическая стадия – появляются узлы, мучительный зуд, лихорадка, метастазы, присоединяется вторичная инфекция, развивается кахексия

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Клиническая картина ТКЛК II. Прогноз	<i>Грибовидный микоз Видаля-Брока</i> . Выявляются плотные, застойно-красного цвета пятна, бляшки, которые превращаются в течение до года в узлы (до яблока и более) с опухолевым распадом и язвы с плотным валом. Наблюдаются лихеноидные, экзематоидные и псориазиформные высыпания. Развиваются: лимфаденопатия, сильный зуд, слабость, лихорадка, метастазы, инфекции, кахексия
Клиническая картина ТКЛК III-IV: высокой и очень высокой степени активности. Прогноз	В течение 3-4 месяцев на фоне ярко-розовых пятен формируются множественные бляшки, плотные узлы синюшно-розового цвета, петехии, телеангиэктазии. Процесс быстро прогрессирует, грибовидные опухоли увеличиваются, нарастает опухолевая интоксикация, метастазирование. Гибель пациента наступает в течение года. 30+ большеклеточная ТКЛК – быстрый анапластический рост опухолей, метастазирование в лимфоузлы, печень, селезенку, костный мозг, ЖКТ, почки. Паникуллоподобная форма (ГМ) – сверхагрессивное течение, быстрый неблагоприятный исход
Морфологическая диагностика ТКЛК	Выявление критериев злокачественности инфильтрата: наличие атипических элементов (крупные мононуклеары, клетки Сезари-Лютцнера с гиперхромными церебриформными ядрами, клетки Березовского-Штернберга с гигантскими дольчатыми ядрами, зеркальными ядрами, бластные – с гипохромными ядрами и уродливыми ядрышками). Многочисленные фигуры митоза, распространение инфильтрата во все слои дермы, вторичное разрушение коллагеновых волокон, сосудов, придатков кожи. Микроабсцессы Потрие в эпидермисе; гистология большеклеточной CD30+ схожа с нодальными лимфоузлами; пролиферация из бластных лимфоцитов проникает в подкожную клетчатку, разрушая коллагеновые волокна сосудов, придатков кожи
Специальные методы исследования	Иммуногистохимия срезов с очагов, гистология лимфатических узлов. Электронное микроскопическое исследование мазка крови, лейкоконцентрата (клетки Сезари); исследование костного мозга из грудины. Рентгенография грудной клетки, брюшной полости и таза для увеличенных лимфоузлов; УЗИ внутренних органов. Кариотипический анализ. Генетические методы
Дифференциальный диагноз	Экзема (микробная), диффузный нейродермит, псориазическая эритродермия, бляшечная форма парапсориаза, лепра, лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина), T- и B- типы псевдолимфом, саркоидоз кожи
Лечение	<i>В I-II стадиях</i> : ПУВА-терапия, электронные лучи. Системные кортикостероиды, интерлейкин 2. Кортикостероидные мази. Аппликации цитостатических препаратов. Ароматические ретиноиды системно. Тактивин, тималин, тимоген. <i>На поздних стадиях – III стадия</i> : Электронные и рентгеновские ванны Полихимиотерапия (эмбихин, метотрексат, проспидин, противоопухолевые антибиотики, кортикостероидные гормоны). Комбинация противоопухолевых препаратов с цитокинами и лимфокинами. Лейкинферон (10 000 МЕ в/м 2 раза в неделю). <i>CD 30+ и сверхагрессивное течение</i> – полихимиотерапия
Диспансеризация	Амбулаторные курсы поддерживающей терапии. Наблюдение дерматоонколога, онколога, гематолога, химиотерапевта

Таблица 97. В-клеточные лимфомы кожи (ВКЛК)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Первичные злокачественные В-клеточные лимфомы кожи (ВКЛК) имеют вид преимущественно солитарных, реже множественных розово-синюшных бляшек и узлов; диагностируются обычно у лиц старше 50 лет, у мужчин в 2 раза чаще. При вовлечении внутренних органов нарушается общее состояние с быстрым или прогрессирующим неблагоприятным исходом в зависимости от пролиферирующих клонов предшественников В-лимфоцитов
Патогенез	Опухолевые В-клетки приобретают профиль CD-антигенов: CD-19, CD-20, CD-22, CD-28, характерный для В-лимфоцитов, иммунобластов, макро- и микролимфоцитов, плазмочитарных клеток. Метод генетического анализа позволяет установить наличие перестроек генов, кодирующих тяжелые цепи иммуноглобулинов и подтвердить опухолевую В-клеточную природу заболевания

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Классификация ВКАК	<p><u>Различают следующие виды ВКАК:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Лимфома фолликулярных центров 2) Первичная кожная иммуноцитома 3) В-клеточная крупная лимфома нижних конечностей 4) В-клеточная крупная внутрисосудистая лимфома
Общая клиническая картина	<p>На различных участках тела (лицо, волосистая часть головы, туловище, конечности) появляются одиночные или множественные пятна, бляшки без шелушения, узлы от розового до красно-синюшного цвета, плотной консистенции, безболезненные, обычно без зуда. Элементы носят дермально-эпидермальный характер, спаяны с окружающими тканями. При поражении лимфоузлов и висцеральных органов заболевание протекает агрессивно. Быстро нарастает слабость, отмечается периодический подъем температуры, ночной пот. Наблюдается диссеминация кожного процесса.</p> <p>Различные гистологические и иммунологические варианты В-клеточных лимфом схожи по клинической картине, однако могут несколько отличаться по течению и прогнозу заболевания</p>
При подозрении на ВКАК	<p>Проводят: общий анализ крови, обследование на гемобластоз с пункцией костного мозга, биопсией лимфоузлов</p>
Дифференциальный диагноз	<p>При наличии узловато-бляшечных элементов необходимо исключить: грибовидный микоз, лейкемиды, узловатый саркоидоз, эозинофильную гранулему, микобактериальные инфекции</p>
Клинические проявления ВКАК, прогноз, лечение	<p>Лимфома фолликулярных центров</p> <p>Кожные проявления возникают преимущественно в области головы, шеи или туловища и прогрессируют медленно с редким метастазированием во внутренние органы. Гистопатологически вначале выявляются центроциты, а затем и центробласты. В-клеточные антигены дают монотипичное окрашивание, характерное для поверхностных иммуноглобулинов. Генотипический анализ В-клеток позволяет выявить клональную перестройку генов иммуноглобулинов.</p> <p>Прогноз. Большинство пациентов (97%) достигает 5-летней выживаемости.</p> <p>Лечение. На единичные кожные очаги применяют лучевую терапию. При распространенных кожных поражениях и вовлечении внутренних органов рекомендуется полихимио-терапия по методике ЦАВП (циклофосфамид, адриамицин, винкристин, преднизолон)</p> <p>Первичная кожная иммуноцитома</p> <p>Солидарные опухоли чаще локализуются на конечностях. Гистопатология: узловатая или диффузная пролиферация малых лимфоцитов, лимфоплазмочитарных и плазматических клеток, на которых выявляется монотипичный поверхностный иммуноглобулин.</p> <p>Прогноз. Благоприятный.</p> <p>Лечение. Лучевая терапия кожных опухолей</p> <p>В-клеточная крупная лимфома нижних конечностей</p> <p>Выявляют у пожилых лиц в виде красно-багровых опухолей, чаще на их дистальных участках. Гистопатологически: диффузный инфильтрат из центроцитов, центробластов и иммунобластов, экспрессирующих монотипичный поверхностный иммуноглобулин.</p> <p>Прогноз. Менее благоприятный, чем при лимфоме фолликулярных центров с локализацией на туловище.</p> <p>Лечение. Проводят лучевую терапию только при наличии у пациентов единичных очагов. При множественных опухолях и с метастазированием назначается полихимиотерапия</p> <p>В-клеточная крупная внутрисосудистая лимфома</p> <p>Встречается редко и проявляется багровыми отечными бляшками на нижних конечностях или туловище. Гистопатология: в очагах расширенные и удлинённые кровеносные сосуды с пролиферирующими крупными атипичными лимфоидными клетками. Генотипирование может выявить клональную перестройку генов IgG.</p> <p>Лечение. Полихимиотерапия.</p> <p>Прогноз. Наступают ремиссии после полноценно проведенной терапии</p>

НОВООБРАЗОВАНИЯ КОЖИ (Доброкачественные, предраковые и злокачественные)

Рак кожи из всех видов опухолевых заболеваний человека встречается наиболее часто. В США каждый год регистрируется более 600000 новых случаев рака кожи с тенденцией роста заболеваемости и его появлению в молодом возрасте. Своевременно начатое лечение базальноклеточных и плоскоклеточных форм рака кожи позволяет получить излечение в 95 % случаев, у лиц со злокачественной меланомой – в 90 %, на поздних стадиях меланомы эффективность лечения значительно снижается (у 39% больных сохраняются положительные отдаленные результаты).

Успех лечения рака кожи заключается в раннем выявлении, знании его первых симптомов врачами различных специальностей, наблюдении за лицами с преанкروزами (ксеродерма, кератомы, невусы, лейкоплакии и др.) и профилактике (избегать гиперинсоляции, травм родимых пятен) (табл. 98-102).

Таблица 98. Основные доброкачественные, предраковые и злокачественные новообразования кожи

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Факторы риска	Генетические. Нарушения обмена. Пожилой возраст. Травмы (ожоги, рубцы, вакцинации, татуировки). Метеорологические (гиперинсоляция, ионизирующее излучение и др.)		
Классификация по потенциальной злокачественности	Доброкачественные	Предраковые	Злокачественные
Клинические формы и их разновидности и симптомы	Невусы (пигментный, бородавчатый, гемангиома)	Пигментная ксеродерма (эритема, пигментации, чешуйки, телеангиэктазии, бородавчатые разрастания)	Базалиома (узелок, язва с периферическим валиком в виде жемчужин) (рис. 40)
	Нейрофиброматоз или болезнь Реклингхаузена (мягкие узлы, пигментные пятна, опухоли нервных стволов, умственная отсталость)	Болезнь Боуэна (на коже красно-коричневые бляшки, с неровными границами, узел с западением в центре или язва, покрытая корками и кровоточащая, без тенденции к заживлению. На слизистой рта, языке напоминает лейкоплакию, красный плоский лишай)	Плоскоклеточный рак (уве-личивающийся узел в коже, язва неправильной формы с изъеденными краями, болезненная, кровоточащая, разрушающий эндофитный рост с метастазами)
	Доброкачественные опухоли (дерматофиброма, липома)	Старческая кератома (темно-коричневый узелок с чешуйками)	Меланома (экзофитная опухоль на месте пигментного невуса в виде узелка, легко ранимого, покрытого сухими, мокнущими рыхлыми кровянистыми корками. Характерна неоднородность окраски, асимметричность, неровность контуров, нередко папилломатозные возвышения)
	Отложения в коже: ксантелазмы (желтые плотные узелки и бляшки), кальциноз кожи (плотные узлы)		
Излюбленная локализация	Лицо (гемангиома). Конечности (дерматофиброма). Веки (ксантелазмы)	Лицо (пигментная ксеродерма). Туловище (болезнь Боуэна).	Лицо (кератома, базалиома). Нижняя губа (плоскоклеточный рак) (рис. 39)
Признаки, подтверждающие диагноз	Врожденный характер болезни (невусы). Нарушение липоидного обмена (ксантелазмы)	Семейный характер болезни, начало в детстве, повышенная чувствительность к УФЛ (пигментная ксеродерма)	Атипичные клетки в соскобе. Гистология рака. Радиофосфорная и термопробы (меланома)

Классификация по потенциальной злокачественности	Доброкачественные	Предраковые	Злокачественные
Возможные осложнения	Гиперкальциемия, изменения на рентге-нограмме (кальциноз кожи). При травме возможен переход в меланому (невус)	Гистология cancer in situ (интраэпителиальный рак) (болезнь Боуэна). Озлокачествление, инфильтрирующий рост, метастазы (болезнь Боуэна) – трансформация в плоскоклеточный рак	Разрушение окружающих тканей (базалиома). Метастазирование (плоско-клеточный рак, меланома)
Лечение новообразований кожи	Гемангиома, бородавчатый невус, дерматофиброма, липома – удаление Ксантелазмы – показаны липотропные препараты, удаление. Кальциноз кожи – лечение гиперпаратиреозидизма		
Предраковые	Пигментная ксеродерма – избегать УФЛ. Назначают витамины PP, B ₆ , A. Болезнь Боуэна – удаление или рентгенотерапия. Старческая кератома – удаление, криодеструкция, солкодерм		
Злокачественные	Базалиома – иссечение, колхаминовая мазь, рентгенотерапия, крио- и лазеродеструкция. Плоскоклеточный рак, меланома – рентгенотерапия с удалением регионарных лимфатических узлов (в молодом и среднем возрасте предпочтительно иссечение опухоли, химиотерапия). Методы тонкослойной хирургии. Подкожное введение интрона А (меланома). Интерлейкин-2. Моноклональные антитела		

Таблица 99. Доброкачественные новообразования кожи

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов		
Общая характеристика	Весьма разнообразны, что объясняется сложностью строения кожи, многообразием ее структурных компонентов, каждый из которых может служить источником новообразования, иногда злокачественного		
Факторы риска	Генетические. Врожденные пороки развития кожи. Обменные и эндокринные нарушения, системные заболевания. Гиперинсоляция. Светлый тип кожи (I, II). Травмы кожного покрова. Пожилой возраст. Недостаток антиоксидантов, микроэлементозы		
Классификация гистологическая доброкачественных новообразований (краткая)	Старческая (себорейная) кератома (эпителиальная опухоль). Кератоакантома (роговой моллюск). Дерматофибромы, мягкие фибромы, гипертрофические и келоидные рубцы (опухоль фиброзной ткани). Атеромы (опухоль сальных желез), гиперплазия сальных желез	Сирингомы (опухоль потовых желез). Липомы (опухоль жировой ткани). Гемангиомы (сосудистые опухоли). Кисты (полости в коже, выстланные эпидермисом или эпителием придатков кожи)	Отложения в коже (ксантомы, кальциноз). Нейрофиброматоз (опухоль нервной ткани). Невусы эпидермальные (пороки развития эпителиальных клеток). Невусы пигментные (врожденные, приобретенные)

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
<p>Клиническая картина, некоторые сведения о патогенезе, лечении доброкачественных опухолей кожи эпителиального и дермального характера</p>	<p>Старческая кератома – наиболее частая эпителиальная опухоль наследственного характера (пролиферация базалоидных клеток, меланоцитов, реже - клеток шиповатого слоя эпидермиса с папилломатозом). Имеет вид милиарной папулы, слегка возвышающейся над уровнем кожи, обычно гиперпигментированная. Под лупой имеет вид «наперстка» (множественные мелкие углубления); с течением времени бляшка увеличивается в размерах, а поверхность может принимать бородавчатый характер. Локализуются на лице, туловище, руках. Дифференцируют с вульгарными и плоскими бородавками, базалиомой, меланомой, пигментными невусами. Лечение – электрокоагуляция, криодеструкция жидким азотом, 30% проспидиновая и 5% фторурациловая мази; при множественных кератомах – внутрь ароматические ретиноиды.</p> <p>Кератоакантома – эпителиальная опухоль в виде полусферического узла с кратерообразным углублением в центре, заполненным роговыми массами. Локализуется на лице (редко на губе, языке, ушных раковинах, тыле кистей), имеет серовато-красный цвет, плотную консистенцию, не спаяна с подлежащими тканями, подвижна, иногда болезненна. Дифференцируют с плоскоклеточным раком. Появлению способствует папилломавирусная инфекция, ультрафиолетовое облучение, смолы, нефтепродукты. Лечение – иссечение единичных элементов; при множественных кератоакантомах применяют ретиноиды и метотрексат; возможен спонтанный регресс.</p> <p>Дерматофиброма – внутрикожный узел плотной консистенции, сливающийся с окружающими тканями, но отчетливо пальпируемый. Может возвышаться куполообразно над кожей или иметь форму вдавления. Кожа не изменена, может быть пигментирована или красно-бурого цвета, характерен «симптом ямочки». Локализация – конечности, туловище. Дифференцируют с меланомой, рубцами, кистами, дерматофибросаркомой. Лечение – эффективны криодеструкция жидким азотом, иссечение, которые выполняют при дерматофибромах в часто травмируемых местах.</p> <p>Фиброма – мягкий полип на ножке, круглой или овальной формы, цвета нормальной кожи, или с различными коричневыми оттенками, размером до вишневой косточки. Локализация – подмышечные впадины, паховые области, складки под молочными железами, на шее и веках. Дифференциальный диагноз – старческая кератома, пигментные невусы, нейрофиброматоз, контактный моллюск. Лечение – электрокоагуляция, иссечение</p>
	<p>Гипертрофические и келоидные рубцы – результат избыточного образования соединительной ткани в месте повреждения кожи (раны, ссадины, прививки, прокалывание ушей, опера-ционные швы, диатермакоагуляция и др.). Келоидный рубец отличается значительным выходом за пределы травмированного участка, образуя клешневидные отростки. Форма гипертрофического рубца – куполообразная; у келоидов – линейная; цвет – нормальной кожи или розово-красный, поверхность гладкая, блестящая, консистенция твердая, плотная. В келоидных рубцах ткань выполнена коллагеновыми волокнами, фибробласты отсутствуют. Лечение – предварительное замораживание келоидов жидким азотом с последующим введением в их ткань триамцинолона ацетонида (10-40 мг/мл) – 1 раз в месяц; глубокая криотерапия.</p>
	<p>Атерома – салньожелезистая киста. Локализация: в/ч головы, шея, лоб, мошонка, копчик; размер – от горошины до куриного яйца; цвет – телесный или желтый. Чаще одиночное, подвижное образование, возвышающееся над окружающей кожей, плотной или эластичной консистенции, медленно растущее. При сдавлении выделяется сырообразная масса или густая молочного вида жидкость. Дифференцируют с фурункулом, липомой, гранулемой инородного тела, панникулитами и др. Лечение – хирургическое вылушивание вместе с капсулой.</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Липома – образование подкожной клетчатки, мягкой консистенции, круглой или дольчатой формы, не спаянное с окружающими тканями. Локализация - шея, туловище, конечности; липомы могут быть одиночными и множественными. Кожа над ними не изменена. Состоят из липоцитов, окруженных соединительнотканной капсулой. Лечение – хирургическая тактика.</p> <p>Сирингома – опухоль апокриновых потовых желез. Начинается заболевание преимущественно в детском возрасте, проявляется множественными опухолевидными образованиями величиной с булавочную головку или просо, желтоватого или красного цвета, плотной консистенции, слегка возвышающиеся над уровнем кожи.</p> <p>Локализация в области грудной клетки, век, ключиц, шеи, живота, верхних конечностей, половых органов.</p> <p>Гистологически - множественные эпителиальные кисты, состоящие из базальных клеток. Лечение – электрокоагуляция</p>
Кисты Клиническая картина, некоторые сведения о патогенезе, лечении	<p>Замкнутые полостные образования кожи и слизистых, выстланные эпидермисом или эпителием придатков кожи и заполненные содержимым различной консистенции и состава.</p> <p>Эпидермальная – замкнутая полость в дерме, образованная эпидермисом или эпителием волосяных фолликулов, которая заполнена роговыми массами или кожным салом; локализация: лицо, шея, грудь, спина и мошонка.</p> <p>Волосная – возникает чаще у женщин, носит множественный характер; образована много-слойным плоским фолликулярным эпителием, без зернистого слоя. Киста содержит плотную массу (кератин с включениями холестерина). Разрыв кисты сопровождается воспалением и резкой болезненностью.</p> <p>Импантационная – результат травматизации эпидермиса, его внедрения и разрастания в дерме с образованием полости, содержащей роговые массы. Стенки кисты образованы много-слойным плоским эпителием и полноценным зернистым слоем. Локализуется чаще на ладонях и подошвах, имеет вид внутрикожного узла и подлежит иссечению.</p> <p>Синовиальная – ложная киста, возникает чаще у пожилых людей на тыле пальцев кистей или стоп, наполнена прозрачной студнеобразной жидкостью. Лечение: введение склерозирующих средств (кеналог, дипроспан), наложение давящей повязки на несколько дней; хирургическое.</p> <p>Милиум – мелкие эпидермальные кисты, содержащие кератин и локализующиеся на лбу, веках, щеках в виде множественных милиарных желто-белых папул; развивается из клеток эпидермиса или эпителия придатков кожи, возникает в любом возрасте на неизменной коже, не-редко на ссадинах, в местах ожогов, при пузырьных дерматозах.</p> <p>Лечение: вскрытие капсулы, выдавливание содержимого, коагуляция</p> <p>Кальциноз – возникает при нарушении нейроэндокринной регуляции, деятельности пара-щитовидных, тимуса, щитовидной и половых желез, а также при некоторых системных (склеродермия, дерматомиозит, миеломная болезнь, фиброзная остеодистрофия) и др. заболеваниях (опухоли, туберкулез, остеомиелит, гипервитаминоз D и др.).</p> <p>Различают четыре формы: метастатический, дистрофический, метаболический и идиопатический. Отложения обнаруживаются преимущественно в коже и подкожной клетчатке, реже в мышцах и сухожильных влагалищах. Кожа в пораженных участках слегка цианотична, в холодное время наблюдаются явления акроцианоза. При спонтанном или оперативном вскрытии крупных узлов обнаруживается ограниченная полость в виде кисты, наполненная густой крошковидной массой белого цвета с желтоватым оттенком; очаги асимметричны, слегка болезненны при пальпации и визуализируются при рентгенографии.</p> <p>Гистологически: отложения кальция в дерме и гиподерме выявляются в виде синих зерен (окраска гематоксилин-эозином).</p> <p>Лечение: удаление оперативным путем (крупные узлы), электрокоагуляция (мелкие узлы), кюретаж нагноившихся и изъязвившихся узлов. Назначают УФЧ, соллюкс, диатермию; диету с ограничением кальцийсодержащих продуктов</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Ксантомы – очаговые отложения липидов в коже и других тканях; желто-коричневые, оранжевые или розового цвета образования в виде пятен (плоские ксантомы), папул (эруптивные ксантомы), бляшек (ксантелазмы), узлов (бугорчатые ксантомы) или инфильтратов (сухожильные ксантомы). <i>Гистологические признаки</i> – скопления пенистых клеток-макрофагов, нагруженных липидами.</p> <p>Ксантелазма – плоская ксантома с локализацией на коже век в виде мягких папул, бляшек желто-оранжевого цвета, неправильных очертаний. Лечение: хирургическое иссечение, электрокоагуляция, лазерная терапия или прижигание трихлоруксусной кислотой. Низкокалорийная диета с минимальным содержанием жиров и углеводов.</p> <p>Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена) – генетически обусловленный дерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования, сопровождающийся поражением кожи, нервной системы, костей, эндокринных желез (врожденные пороки, опухоли и гамартомы – де-фекты развития органов) в результате нарушения пролиферации и дифференцировки клеток эмбрионального нервного гребня (меланоциты, шванновские клетки, фибробласты эндоневрия). Характерны множественные пятна «кофе с молоком» и узлы темного цвета (нейро-фибромы) – розовые или коричневые, мягкой или твердой консистенции, нередко на ножке. <i>Локализация:</i> по всему кожному покрову, больше в подмышечных впадинах. Лечение: наблюдение за кожным процессом, консультации невропатолога, психиатра; коррекция изменений костно-суставной системы, проведение пластических операций; медико-генетическое консультирование, диспансеризация</p> <p>Невусы (naevus-пятно) – опухолевые и неопухолевые, наследственные, врожденные и при-обретенные дефекты кожи, состоящие из нагруженных незрелыми меланоцитами образований (пигментные невусы); пролиферирующих сосудов (сосудистые невусы), кератиноцитов (эпидермальные невусы), придатков кожи, соединительной ткани, нервов, тканей мышц, адипоцитов.</p> <p>Эпидермальные – односторонний эпидермальный невус, порокератоз Мибелли, веррукозные невусы, комедоновый невус; возникают как пороки развития эпителиальных зачатков; имеют резкие очертания, различную форму, оттенки коричневого цвета, поверхность гладкую, мяг-кую или бородавчатую и ростом длинных волос.</p> <p>Сосудистые (гемангиомы) – <i>капиллярная</i> – мягкий, ярко-красный или темно-вишневый узел или бляшка – результат пролиферации эндотелиальных клеток, рассасывается самостоятельно; <i>винное пятно</i>, порок развития сосудов дермы, красное или фиолетовое пятно неправильной формы, самостоятельно не рассасывается; <i>кавернозная</i> – порок развития сосудов кожи, подкожной клетчатки или подлежащих тканей; опухолевидное образование мягкой губчатой консистенции; <i>врожденная телеангиэктазия затылка, старческая, венозная, паукообразная, ангиокератомы, телеангиэктатическая гранулема, гломангиома, др.</i></p> <p>Пигментные – <i>пограничный, сложный, внутридермальный, врожденный диспластический, Шпиз, голубой, Сеттона, Беккера, Оты, Ито и др.</i> – образуются в результате очагов скопления в разных отделах кожи невусных клеток. Имеют обычно вид пигментированных, слегка возвышающихся пятен, узлов от коричневого до черного цвета, с гладкой или папилломатозной поверхностью; их количество и локализация могут быть различными</p>
Тактика дерматовенеролога	В зависимости от выявленного новообразования пациент направляется к врачам других специальностей: онкологу, хирургу, косметологу, эндокринологу, невропатологу и др.

Таблица 100. **Невусы**

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Невусы (naevus-пятно) – этот термин обычно применяют для описания опухолевых и неопухолевых, наследственных, врожденных и приобретенных дефектов кожи, состоящих из нагруженных незрелыми меланоцитами образований – пигментные невусы; проли-ферирующих сосудов – сосудистые невусы, кератиноцитов – эпидермальные невусы, придатков кожи, соединительной ткани, нервов, тканей мышц
Пигментные невусы Приобретенные	<p>Пигментные невусы подразделяют на приобретенные, врожденные и диспластические.</p> <p>Невоклеточные невусы (родимые пятна) - скопление в разных отделах кожи безотросчатых меланоцитов – невоидных клеток без признаков атипиии. Появляются в детском возрасте, в юношеском – их количество резко увеличивается, к старости – исчезают или фиброзируются.</p> <p>Сложный невус – папула или узел диаметром менее 1 см, округлой или куполообразной формы с гладкой поверхностью и темной окраской, не имеющие излюбленной локализации, схожи с бородавками.</p> <p>Пограничный невус (Эпидермальный) – плоские, округлой или овальной формы пятна до 1 см в диаметре, светло- или темно-коричневого цвета с четкими границами, лишенные волоса-ного покрова, располагающиеся обособленно на туловище, конечностях, ладонях, подошвах, половых органах. Медленно изменяет размеры и цвет.</p>
	<p>Внутридермальный невус – обычно милиарные или лентикулярные гиперпигментирован-ные куполообразные папулы с четкими границами, мягкой консистенции; иногда бородавча-того характера.</p> <p>Невус Шпиц – небольшой плотный узел красновато-коричневого цвета, округлой или купо-лообразной формы, чаще располагающийся на лице (у детей). По строению напоминает меланому.</p> <p>Голубой невус (невус Ядассона-Тиче) – приобретенная папула или узел серого, темно-синего или черного цвета, плотной консистенции, с четкими границами, без волос. Локализация: лицо, тыл кистей, стоп, другие участки тела.</p> <p>Галоневус (невус Сеттона) – чаще одиночные невоклеточные невусы с венчиком депигмен-тации, располагаются на туловище, склонны к спонтанному регрессу.</p> <p>Невус Беккера – обычно развивается у юношей в верхней части спины или груди в виде унилатеральных образований; вначале – гиперпигментированные, позднее – покрывающихся волосами.</p> <p>Невус Оты (меланоз глазо-кожный) – состоит из одного большого или множества слива-ющихся друг с другом темно-синюшных пятен на одной стороне лица (область иннервации 1 и 2 ветвей тройничного нерва). Существует риск развития меланомы.</p> <p>Невус Ито – кожные проявления аналогичны невусу Оты, но выявляются вдоль шеи и плеча.</p> <p>Лентиго – светло-коричневые, а чаще темно-коричневые овальные пятна до 5 мм (результат пролиферации меланоцитов) на различных участках тела, слизистых, половых органах. Множественное лентиго может иметь паранеопластический характер (рак, полипоз тонкой кишки)</p> <p>Пятнистый невус – приобретенное светло-коричневое пятно до ладони, с темно-коричневыми вкраплениями. Риск меланомы – редкие случаи.</p> <p>Врожденный невоклеточный невус – выявляется при рождении или на 1-м году жизни. Состоит из невусных клеток – меланобластов. Размеры – от мелких до гигантских. Обычно образуют приподнятую бляшку, иногда покрытую волосами, округлой формы четких или размытых очертаний, мягкую при пальпации, с гладкой или измененной поверхностью, цвет – различные оттенки коричневого.</p> <p>Гигантский врожденный невоклеточный невус – представляет крупную коричневую бляш-ку различных очертаний, с отсевами по периферии, иногда занимающую анатомическую область (большая часть туловища, конечности, головы, шеи); на ее поверхности образуются папулы, узлы, видны темные жесткие волосы. Меланомоопасен.</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Монгольское пятно – врожденное синеватого оттенка пятно, занимающее анатомическую зону (ягодицы, крестец, поясница, волосистая часть головы и др. участки), и исчезающее в раннем детстве. Выявляются практически у всех новорожденных монголоидной расы</p> <p>Диспластические пигментные невусы (атипичные родимые пятна) - очаги беспорядочно пролиферирующих атипичных меланоцитов. Представляют собой пятна (>5мм) с приподнятыми участками, округлой формы, с неровными краями, нечеткими границами, от светло-коричневого до красного цвета, с неравномерной окраской. Появляются обычно с периода полового созревания до пожилого возраста на неизменной коже. Образуются также на местах сложного невоклеточного невуса. Меланомоопасны</p>
Сосудистые невусы Гемангиомы	<p>Капиллярная («земляничный невус») – узел или бляшка красного или темно-красного цвета, мягкой консистенции, размером от 1 до 10 см с локализацией на голове, туловище, голенях, шее; у девочек встречается в 3 раза чаще; к 5 годам разрешение происходит у 50% детей, а к 12 годам – у большинства.</p> <p>Винное пятно («пламенеющий невус») - красноватое пятно различного размера с четкими границами, увеличивающееся пропорционально росту тела. Локализация обычно односторонняя: на щеке, лбу, верхнем веке, конечности. С возрастом на поверхности могут появиться папулы и узлы.</p> <p>Врожденная телеангиэктазия затылка (невус Унны) – пятно от розового до фиолетового цвета на задней поверхности шеи, редко на веках и межбровье; исчезает самостоятельно.</p> <p>Кавернозная – опухолевидное образование мягких тканей, куполообразное или дольчатое, с размытыми границами, синюшно-красного или голубоватого оттенков, консистенция губки.</p> <p>Старческая – куполообразные ярко-красные, фиолетовые папулы или множественные мелкие красные пятна, похожие на петехии.</p> <p>Венозная – мягкая папула темно-синего или фиолетового цвета, которую обнаруживают у больных после 50 лет на лице, губах или ушных раковинах.</p> <p>Паукообразная – своеобразная телеангиэктазия, в центре – мелкая красная папула (питающая артериола), от которой радиально отходят расширенные извитые капилляры. Чаще возникает на лице, предплечьях, кистях.</p> <p>Ангиokerатомы (ороговевающие гемангиомы):</p> <p>Фордайса – многочисленные темно-красные ороговевающие папулы на мошонке или вульве диаметром до 4 мм, образованные расширенными венулами.</p> <p>Мибелли – редкое заболевание, болеют только девочки: на локтях и тыльной поверхности кистей появляются ороговевающие папулы розового, красного или темно-красного цвета</p>
	<p>Фабри – у мужчин внизу живота, на половых органах, ягодицах, иногда на губах обнаруживают точечные темно-красные опухоли диаметром менее 1мм. Вовлекаются сердце, почки, вегетативная нервная система.</p> <p>Телеангиэктатическая (пиогенная) гранулема – быстро растущая гемангиома, в виде узла или на ножке, возникшая на месте травмы.</p> <p>Гломангиома – опухоль артериовенозного клубочкового анастомоза; болезненный (особенно при переохлаждении) одиночный узел или папула ногтевого ложа. У детей встречаются множественные гломангиомы на любых участках кожи, менее болезненные, в виде папул или бляшек.</p> <p>Анемический невус – одностороннее беловатое пятно с четкими границами. Не дает свечения в лучах Вуда, не реагирует гиперемией на растирание, относят к аномалиям развития сосудов кожи. Необходимо отличать от беспигментного невуса, который выявляют с рождения, не меняющееся гипопигментное пятно с желтоватым (крапчатым или мраморным) оттенком (нарушение передачи меланоцитами меланина кератиноцитам)</p>
Эпидермальные невусы	<p>Представляют собой порок развития эпидермиса. Выявляют при рождении или в грудном возрасте. В первые годы жизни возможен их рост. Различают несколько типов эпидермального невуса:</p> <p>Бородавчатый невус – выявляется часто и проявляется ограниченным веррукозным очагом.</p> <p>Односторонний невус – унилатеральное поражение в виде параллельных тяжёлых веррукозных папул (нередко пигментированных), на туловище имеют вид завитков и прожилков.</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Эпидермолитический ихтиоз – распространенные, часто симметричные высыпания врожденных веррукозных папул на туловище и конечностях после острого периода (везикулы, пузыри, эритродермия и др.).</p> <p>Комедоновый невус – характеризуется фолликулярными папулами, центральная часть которых расширена и содержит роговую пробку.</p> <p>Невус ILVEN – проявляется красными линейными псориазиформными высыпаниями</p> <p>Себорейный невус (невус Ядассона) – порок развития сальных желез, может располагаться на в/ч головы, лице, шее в виде возвышающейся желтой бляшки с шероховатой поверхностью на которой отсутствуют волосы.</p> <p>Сирингома – порок развития эпителия апокриновых потовых желез. Начало заболевания преимущественно в детском возрасте, проявляется множественными опухолевидными образованиями (с просыное зерно) желтоватого или красного цвета, плотной консистенции, возвышающимися над уровнем кожи.</p> <p>Порокератоз Мибелли: генетически обусловленное или приобретенное на фоне иммунодефицита нарушение ороговения кератиноцитов в зоне выводных протоков потовых желез с образованием роговидной пластинки – паракератотического столбика. Проявляется обычно медленно прогрессирующими, зудящими, шелушащимися папулами и бляшками. В очагах порокератоза могут возникнуть: плоскоклеточный рак, болезнь Боуэна и базальноклеточный рак. Разновидности:</p> <p>Поверхностный диссеминированный – наиболее частая форма порокератоза, которую выявляют на открытых участках тела у женщин.</p> <p>Порокератоз, развивающийся в детском возрасте – с поражением конечностей, иногда лица, туловища и половых органов.</p> <p>Ладонно-подошвенный – проявляется мелкими папулами на ладонях и подошвах, которые затем распространяются на другие участки тела.</p> <p>Линейный – напоминает линейные формы одностороннего эпидермального невуса, псориаза, КПЛ.</p> <p>Точечный – протекает с образованием точечных папул на ладонях и подошвах</p>
Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена)	<p>Дерматоз с аутосомно-доминантным типом наследования. Кожные проявления в виде пятен цвета «кофе с молоком» появляются в первые годы жизни, а нейрофибромы, плексиформные фибромы на кожном покрове – к концу периода полового созревания. Нейрофиброматоз развивается в результате нарушения пролиферации и дифференцировки клеток эмбрионального нервного гребня (меланоциты, шванновские клетки, фибробласты эндоневрия)</p>
Методы исследования невусов	<p>Визуальный, пальпация. Дерматоскопия Эпилюминесцентная микроскопия.</p> <p>В неясных случаях при подозрении на озлокачествление: патоморфологическое исследование биопсийного материала, проведение эпилюминесцентной и(или) интраоперационной микроскопией (пигментные невусы)</p>
Дифференциальный диагноз	<p>Невоклеточные невусы – веснушки, лентиго, себорейный кератоз, гемангиома, дерматофиброма, пигментная базалиома, меланома.</p> <p>Сосудистые невусы – венозные звездочки, наследственные геморрагические телеангиэктазии (болезнь Ослера-Рандю), системная склеродермия, пигментные невусы.</p> <p>Эпидермальные невусы – кольцевидная гранулема, анулярный сифилид (III период сифилиса), красная волчанка.</p> <p>Нейрофиброматоз (болезнь Реклингхаузена) – пигментные невусы, фибромы, липомы и др. опухоли кожи, лепромы (лепроматозная лепра)</p>
Лечение и прогноз	<p>Невусы пигментные (сложный, пограничный, голубой, Оты и Ито, гигантский врожденный диспластический, невус Шпиц) – фотозащита, их фотография и наблюдение у онколога.</p> <p>Риск развития меланомы – крупный врожденный невоклеточный невус – более 6,3% пациентов; мелкие невоклеточные невусы – 1-5%; Диспластические невусы – 18% пациентов.</p> <p>Сосудистые невусы (подход индивидуальный). Поверхностные (паукообразные, сенильные) – электрокоагуляция; кавернозные гемангиомы – оперативная тактика, инъекции кортикостероидов в очаги или per os, в/в, в/м введение интерферона α-2b.</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Пламенеющий невус – импульсная лазеротерапия на жидких кристаллах и парах меди; селективная импульсная фототерапия 515-1200 нм.</p> <p>Гломангиома – оперативное удаление, электрокоагуляция, крио- и лазеротерапия. Прогноз: благоприятный, случаи малигнизации гломангиом неизвестны.</p> <p>Эпидермальные невусы – кортикостероиды местно, их ведение в очаг; криотерапия; аппликации дитранола, фторурацила, третиноин геля, кальципотриола; иссечение пораженных участков с трансплантацией кожи.</p> <p>Сирингома, гиперплазия сальных желез – электрокоагуляция.</p> <p>Невус сальных желез – удаление в пубертатном возрасте.</p> <p>Прогноз: Порокератоз – риск возникновения плоскоклеточного рака, болезни Боуэна, базалиомы – 25%. Сирингома – редкие случаи трансформации в базалиому или плоскоклеточный рак. Себорейный невус – возможно развитие базалиомы. Нейрофиброматоз: удаление крупных нейрофибром; наблюдение за кожным процессом, консультация невропатолога, психиатра; коррекция изменений костно-суставной системы, проведение пластических операций; медико-генетическое консультирование, диспансеризация. Прогноз: заболевание прогрессирует с течением времени, летальность обусловлена развитием в зрелом возрасте нейрофибросарком (злокачественных нейрофибром у 10% пациентов)</p>
Профилактика	Избегать травматизации опухолевых образований, инсоляции, УФО. Наблюдение дерматолога, косметолога, онколога, невропатолога. Периодичность осмотров определяется потенциальным озлокачествлением

Таблица 101. Предраковые новообразования

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Очаги разрастания атипичного незрелого эпителия кожи и слизистых, предшествующие появлению признаков его анаплазии, т.е. трансформации в базальноклеточный и спиноцел-люлярный рак, меланому, приобретающих свойства инвазии в подлежащие ткани и метастазирования
Факторы риска	<p>Генетические. Нарушение обмена и нейроэндокринной регуляции.</p> <p>Пожилой возраст, трофические изменения тканей.</p> <p>Травмы (ожоги, рубцы, вакцинации, татуировки, длительное трение зубных протезов и др.).</p> <p>Экзогенные раздражители (курение, алкоголь; препараты мышьяка, воздействие дегтя и др.).</p> <p>Гиперинсоляция, ионизирующее излучение и др. Действие неблагоприятных метеофакторов</p>
Разновидности по риску озлокачествления	<p>Облигатные: генетически обусловленные и приобретенные преанкروزы, на фоне которых наиболее часто возникают злокачественные опухоли. К ним относят пигментную ксеродерму, болезнь Боуэна, эритроплазию Кейра, дискератоз соска, меланоз Дюбреля.</p> <p>Факультативные (условные) преанкروزы: хронические язвы, рубцовые изменения (ожоги), кератомы, кератозы, пигментные невусы, фибро-эпителиальные папилломы, атеромы. Существует определенный риск их перерождения в злокачественные новообразования</p>
Облигатные преанкروزы. Клинические формы, симптомы, прогноз, лечение. Пигментная ксеродерма	Генетически детерминированное семейное заболевание. С раннего детства у больных развивается фотофобия и повышенная светочувствительность с образованием на открытых участках кожи, преимущественно лице, после непродолжительной инсоляции красных, слегка воспаленных пятен; на их месте образуются пигментные пятна, напоминающие веснушки, телеангиэктазии, атрофические рубчики, очаги кератоза, кератоакантомы. Через 2-3 года пораженная кожа становится сухой, истонченной, местами напряженной. Процесс сопровождается кератоконъюнктивитом, кератитом, поражением радужки со снижением зрения и др. Возникает картина преждевременного постаревшей кожи; на этом фоне примерно с 6-10 летнего возраста развиваются злокачественные опухоли.

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Прогноз: у большинства больных на пораженных участках кожи развивается базально-клеточный или плоскоклеточный рак, меланома, рак передней трети языка, сочетающиеся с поражениями глаз, неврологической симптоматикой.</p> <p>Лечение: опухоли подлежат удалению жидким азотом, электрокоагуляцией, хирургически. Рекомендуют прием per os ретиноидов в низких дозах. Необходимо предохраняться от инсоляции, назначают витамины PP, B₆, A, E, пр-ты Se.</p>
<p>Болезнь Боуэна (рак in situ)</p>	<p>Представляет собой внутриэпидермальный рак, характеризующийся высокой степенью вероятности развития истинного плоскоклеточного рака.</p> <p>Локализация: туловище, конечности, анально-генитальные складки, а также слизистые оболочки полости рта, половых органов, прямой кишки. Очаг поражения имеет вид резко ограниченной, с неправильными очертаниями, медленно растущей медно-красной бляшки, покрытой чешуйками и корками, после удаления которых видна гиперемированная, часто влажная, гладкая или с сосочками поверхность. Решающим в диагностике является гистологическое исследование.</p> <p>Прогноз: частота трансформации в инвазивный плоскоклеточный рак составляет 11-80%. В пределах бляшки формируется плотный узел, который в дальнейшем изъязвляется.</p> <p>Лечение: хирургическое иссечение опухоли в пределах здоровой ткани, удаление регионарных лимфатических узлов; при необходимости дополнительно проводится химиотерапия и др.</p>
<p>Эритроплазия Кейра (рак in situ)</p>	<p>Резко ограниченный очаг, полициклической формы, розово-красного цвета, с бархатистой поверхностью в виде эрозии, реже язвы на головке полового члена, крайней плоти, вульвы, слизистой рта (эритроплакия). Субъективные ощущения обычно отсутствуют.</p> <p>Прогноз: течение длительное; возможен переход в плоскоклеточный рак.</p> <p>Лечение: лучевая терапия, иногда иссечение, местные препараты 5-фторурацила. После лечения возможны рецидивы</p>
<p>Предраковый меланоз Дюбреля</p>	<p>Неравномерно пигментированные, медленно растущие пятна, бляшки до 6 см в диаметре, с шероховатой, ороговевшей поверхностью. Очаги образуются на лице, шее, груди, кистях рук, слизистой оболочке рта, иногда могут изъязвляться.</p> <p>Прогноз: на ранних этапах лечения благоприятный. При поздней диагностике очаги в 40% случаев перерождаются в меланому.</p> <p>Лечение: хирургическая тактика; близкофокусная рентгенотерапия (лицо)</p>
<p>Факультативные преканкрозы. Клинические формы, симптомы, прогноз, лечение Актинический кератоз</p>	<p>Множественные элементы диаметром до 1,5 см, имеющие вид плоских или слегка возвышающихся над поверхностью кожи папул, часто сливающиеся в бляшки коричневых оттенков и покрываемые жесткими ороговевшими чешуйками. Элементы располагаются, как правило, на участках, подвергавшихся длительному солнечному воздействию (лицо, уши, шея и плечи) и медленно, годами увеличиваются по периферии и в глубину эпидермиса. Персистируют годами, но возможно и спонтанное исчезновение элементов. Внезапный рост кератом может указывать на их малигнизацию.</p> <p>Прогноз: длительное ультрафиолетовое облучение способствует трансформации эпидермальных клеток в анапластические (рак in situ) и переходу кератоза в плоскоклеточный рак. Лечение: предохранение от инсоляции, иссечение очагов, криотерапия, лазеротерапия, близкофокусная рентгенотерапия; на очаги – 5% крем фторурацила. 5% крем имиквимодf (Aldara)</p>
<p>Кожный рог</p>	<p>Четко ограниченный очаг гиперплазии эпителия с мощным, резко выступающим снаружи гиперкератозом. Часто возникает на фоне лейкоплакии, туберкулезной волчанки, в области рубцов, или как пролиферативная, гиперкератотическая форма актинических, себорейных кератом, вирусных бородавок, плоскоклеточного рака, базалиомы и кератоакантомы. У основания кожный рог достигает в диаметре 1 см, имеет грязно-серый или коричневатосерый цвет, плотную консистенцию.</p> <p>Прогноз (признаки озлокачествления): появление воспаления вокруг образования, уплотнение его основания, резкое усиление ороговения.</p> <p>Лечение: иссечение в пределах здоровой ткани (при любой локализации) с гистологическим исследованием</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
<u>Дегтярный и мышьяковый кератозы</u>	<p>Появление участков гиперкератоза и ахромии кожи, телеангиэктазий у лиц, применяющих с лечебными целями препараты, содержащие эти вещества или занимающиеся их производством.</p> <p>Прогноз: при несвоевременном установлении диагноза возможна трансформация в плоскоклеточный рак.</p> <p>Лечение: см. лечение актинического кератоза</p>
<u>Хронический лучевой дерматит</u>	<p>Поражение кожи, развивающееся в результате воздействия ионизирующего излучения, приводящее к необратимому процессу: рубцовым изменениям, выпадению волос, атрофии сальных и потовых желез, дисхромии кожи, возникновению телеангиэктазий, явлений кератоза, инъекционному поверхностных венул, появлению незаживающих, болезненных язв.</p> <p>Прогноз: трансформация в плоскоклеточный и базальноклеточный рак.</p> <p>Лечение: иссечение пораженного участка с трансплантацией кожи</p>
<u>Бородавчатый предрак</u>	<p>Развивается чаще у мужчин после 40 лет на красной кайме нижней губы. Имеет вид безболезненного узелка полушаровидной формы в диаметре до 1 см, плотноватой консистенции, застойно-красного цвета, с плотно сидящими на поверхности тонкими чешуйками. Напоминает бородавку, ороговевающую папиллому. Для подтверждения диагноза проводят гистологическое исследование биопсийного материала из очага.</p> <p>Прогноз: при несвоевременном установлении диагноза возможна трансформация в плоскоклеточный рак. Лечение: удаление очага поражения в пределах здоровой ткани</p>
<u>Ограниченный предраковый гиперкератоз</u>	<p>Имеет вид вытянутого четко ограниченного участка поражения на красной кайме губы, обычно неправильных очертаний, с признаками воспаления, плотной консистенции и трудно отделяемыми чешуйками серо-белого цвета. Очаг может быть слегка западающим, или слегка возвышаться над окружающей красной каймой.</p> <p>Прогноз: течение длительное. Признаки трансформации в плоскоклеточный рак: усиление ороговения, уплотнение элемента, эрозирование, изъязвление.</p> <p>Лечение: раннее иссечение очага в пределах здоровых тканей, его гистологическое исследование.</p>
<u>Лейкоплакия рта</u>	<p>Возникает под воздействием внешних раздражителей (курение, алкоголь, трение зубных протезов или острых краев зубов о щеку) и проявляется четко ограниченными пятнами или бляшками бе-лого цвета на слизистой рта, которые не снимаются в отличие от кандидозных элементов. Поверхность бляшек может быть: однородная, с мелкими эрозиями, неровная, жесткая, с веррукозными разрастаниями. Очертания элементов неправильные, остроугольные. Для исключения или подтверждения диагноза необходима биопсия. При гистологическом исследовании может быть обнаружена гиперплазия, дисплазия эпителия или плоскоклеточный рак <i>in situ</i>.</p> <p>Прогноз: злокачественное перерождение у 10% пациентов с эрозивной и веррукозной формой заболевания.</p> <p>Лечение: устранение факторов риска, витамины А, Е, бетакаротин, В₆; местно: витамины А, Е. Диспластические лейкоплакии удаляют с помощью криодеструкции, применяют системные ароматические ретиноиды</p>
<u>Абразивный преканкротный хейлит Манганотти</u>	<p>Характеризуется появлением на застойно-гиперемизированном фоне красной каймы нижней губы слегка возвышающихся округлых эрозий с гладкой поверхностью без признаков инфильтрации, спонтанно эпителизирующихся, затем вновь быстро рецидивирующих на новых или тех же участках. Эрозии часто покрыты корками, легко подвергаются травматизации и кровоточат. Определенную роль в возникновении заболевания играют возрастные трофические изменения тканей (вторичная адентия, разрушение передних зубов, гиперинсоляция, острая и хроническая травма, гиповитаминоз А, патология ЖКТ и др.). Диагноз устанавливается на основе клинических данных, цитологического, а в упорных случаях гистологического исследования.</p> <p>Прогноз: заболевание хроническое, рецидивирующее, с риском малигнизации.</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Лечение: устранение факторов риска (лечение патологии ЖКТ, санация полости рта, рациональное протезирование и др.). Длительный прием витамина А (до 100 тыс. ЕД/сут.), сосудорасширяющие препараты (теоникол, компламин, никотиновая кислота и др.), анаболики, солкосерил (в/м или в/в). Местно применяют: аппликации масляного раствора витамина А, фукорцин, жидкость Каstellани; мази: комбинированные кортикостероидные, метилурациловая, солкосерил; бальзам «Плацентоль» и др. средства, усиливающие регенеративные процессы</p>
<p>Свищи при хроническом остеомиелите, послеожоговые рубцы</p>	<p>При подозрении на малигнизацию – твердая консистенция, ороговение проводят патоморфологическое исследование биоптата из очага.</p> <p>Прогноз: в случаях перерождения в плоскоклеточный рак частота метастазирования у третьей-пятой части пациентов.</p> <p>Лечение: тактика определяется с учетом признаков метастазирования (оперативная, радиохимиотерапия, трансплантация кожи и др.)</p> <p>Папилломатозные разрастания в области гениталий, заднепроходного канала, слизистой полости рта вызываются вирусом папилломы человека и являются одной из причин возникновения плоскоклеточного рака при несвоевременной диагностике и лечебной тактике</p>

Таблица 102. Злокачественные новообразования

Описание учебных элементов	Клинические формы и их симптомы
<p>Базально-клеточный рак (БКК)</p>	<p>Наиболее распространенная злокачественная эпителиальная опухоль, развивающаяся из атипичных базальных (базалоидных) клеток эпидермиса и фолликулярного эпителия. Сопровождается воспалительной инфильтрацией и разрушением окружающей ткани, редким метастазированием.</p> <p>Факторы риска. Иммунные и эндокринные нарушения. Длительная инсоляция. Поздний рентгеновский дерматит.</p> <p>Пигментная ксеродерма и диспластическая форма верруциформной эпидермодисплазии Левандовского-Лутца.</p> <p>Локализация: лицо, ушные раковины, слуховой проход, волосистая часть головы, туловище, конечности и другие участки тела.</p> <p>1) Узелково-язвенная – полупрозрачный узел или «жемчужная» папула, затем язва округлых очертаний с четкими валикоподобными краями, нередко покрытая корками. Цвет розовый или красный, поверхность гладкая блестящая; плотная или твердая консистенция; под лупой выявляются нитевидные телеангиэктазии.</p> <p>2) Склеродермоподобная – беловатый склерозированный участок с нечеткими границами, иногда с «перламутровыми» папулами по периферии.</p> <p>3) Поверхностная – множественные красновато-бурые шелушащиеся бляшки с тонкими валикообразными краями, расположенными на туловище.</p> <p>4) Пигментированная – похожа на узловую меланому, однако имеет более плотную консистенцию.</p> <p>Патоморфология. Пролиферация атипичных кератиноцитов базального слоя эпидермиса: клетки крупные, овальные; анаплазия выражена незначительно, митозов мало. Разрастание мукоидной стромы опухоли.</p> <p>Диагностика: осмотр при хорошем освещении с помощью лупы, тщательное пальпаторное исследование, дерматоскопия, биопсия.</p> <p>Дерматоскопия узловой БКК – ветвящиеся и анатомизирующие сосуды, серо-голубые точки и скопления серо-голубых овоидных структур</p>
	<p>Лечение. Оперативное удаление опухоли. При опасной локализации (носугубный треугольник, внутренний или наружный угол глаза, ушные раковины и слуховой проход, в/ч головы) – иссечение с интраоперационной микроскопией; в некоторых случаях применяют лучевую терапию. При другой локализации опухоли возможны криодеструкция и электрокоагуляция, СО₂-лазер, 5-фторурацил, имиквимод 5% крем.</p> <p>Прогноз при любом методе лечения вероятность рецидива в среднем до 20%. Послеоперационное диспансерное наблюдение; осмотр пациентов через 2, 6 и 12 мес., а затем 1 раз в год.</p> <p>Профилактика. Избегать солнечной инсоляции, применять фотозащитные средства</p>

Описание учебных элементов	Клинические формы и их симптомы
<p><u>Плоскоклеточный рак</u></p>	<p>Злокачественная опухоль кожи и слизистых, растущая из кератиноцитов, приобретающих инвазивные свойства (атипии) на фоне рака <i>in situ</i>, предраковых заболеваний и в результате действия различных канцерогенов.</p> <p>Факторы риска. Облигатные и факультативные преканкрозы. Инсоляция, ионизирующая радиация, лучевая терапия, электронное излучение, лучи Букки. Иммуносупрессивная терапия, трансплантация органов. Местное применение хлорметина, промышленные канцерогены, соли трехвалентного мышьяка, фотохимиотерапия. ВПЧ (типы 16,18, 31, 33, 35 и 45) – ротовая полость, rectum, гениталии. Генетические факторы.</p> <p><i>Плоскоклеточный рак кожи</i> – склонен к метастазированию. Развивается на открытых участках тела. На головке полового члена, внутреннем листке крайней плоти, в шейке матки, анальной области, на красной кайме нижней губы (рис. 40), в ротовой полости – причина ВПЧ.</p> <p>Различают ороговевающий и неороговевающий плоскоклеточный рак.</p> <p><i>Высокодифференцированный плоскоклеточный рак (ороговевающий)</i> – чаще одиночное образование, неправильной или округлой формы, твердой консистенции; цвет – красный, желтый или обычной кожи; затем в центре возникает эрозия, которая превращается в язву с плотными приподнятыми ороговевающими краями, покрытую коркой. При метастазах – увеличение регионарных лимфоузлов.</p> <p><i>Низкодифференцированный плоскоклеточный рак (неороговевающий)</i> – папула или узел с мясистыми грануляциями, красного цвета, неправильной формы, легко травмируется, кровоточит и превращается в эрозию или язву с некротизированным дном, мягкими кровоточащими краями и корками (вид цветной капусты).</p> <p>Метастазирование наблюдается чаще, чем при высокодифференцированном плоскоклеточном раке.</p> <p>Патоморфология. <i>Высокодифференцированный плоскоклеточный рак</i> – признаки анаплазии кератиноцитов, участки ороговения в глубине или на поверхности новообразования.</p> <p><i>Низкодифференцированный плоскоклеточный рак</i> – анапластический плоскоклеточный рак с множественными митозами, низкой степенью дифференцировки клеток, отсутствием ороговения.</p> <p>Лечение. Прогноз. Наблюдение. Хирургическое иссечение; объем вмешательства определяют проведением интраоперационной микроскопии. В сложных случаях – иссечение по методу Моса (с интраоперационной микроскопией замороженных горизонтальных срезов для определения объема операции).</p> <p><i>Лучевая терапия</i> – применяется у пожилых пациентов и при поражении слизистых оболочек. Прогноз зависит от локализации, диаметра, толщины опухоли, степени дифференцировки злокачественных клеток. При вовлечении в опухолевый процесс регионарных лимфатических узлов 5-летняя выживаемость пациентов составляет 20-25%. Послеоперационное диспансерное наблюдение: вначале каждые 3 мес. в течение первого года, а затем каждые полгода.</p> <p>Профилактика. Исключить инсоляцию, УФО, солярии у лиц с типами кожи I и II, с диспластическими и врожденными невоклеточными невусами, множественными (более 50) пигментными невусами (родинками). Удаление меланоцитарных врожденных невусов, особенно больших размеров; иссечение диспластических невусов, подвергающихся травматизации</p>
<p><u>Меланома</u></p>	<p>Является самой метастазирующей опухолью кожи, развивающейся из меланомных клеток (злокачественных меланоцитов). Чаще возникает на фоне диспластических, врожденных пигментных невусов в результате их хронической травматизации, гиперинсоляции.</p> <p>Факторы риска. Наличие диспластического невуса с признаками: диаметр более 5 мм, асимметрия, неровные границы, неравномерная окраска, эритема. Синдром диспластических невусов. Гигантский врожденный невоклеточный невус. Избыточная инсоляция, особенно, у лиц со светлым типом кожи (I, II), большим количеством пигментных невусов (> 50).</p> <p>1) <i>Поверхностно распространяющаяся меланома</i> – вначале локализуется в эпидермисе, имеет коричневую или черную окраску, края и поверхность неровные; часто возникает изъязвление в центральной части. В инвазивной стадии пигментация усиливается и на поверхности появляются узелки.</p> <p>Локализация: мужчины – спина, передняя поверхность туловища, бедер; женщины – спина, голени, изредка закрытые участки тела.</p>

Описание учебных элементов	Клинические формы и их симптомы										
	<p>2) Лентиго-меланома – медленно растущее неравномерно пигментированное пятно неправильных очертаний, возникает на открытых участках кожи у пожилых людей (лицо, шея, предплечья, тыльная поверхность кистей, изредка – голени). До момента перехода в инвазивную стадию проходит несколько лет.</p> <p>3) Узловая меланома – темно-синий или черный узел, развивающийся без предшествующей внутриэпидермальной (in situ) стадии, встречается преимущественно после 50-60 лет, чаще у мужчин, изначально растет вертикально и проникает в подлежащие ткани. Локализация такая же, как у поверхностно распространяющейся меланомы (рис. 39)</p>										
	<p>4) Акральная лентигозная меланома – поражает ладони и подошвы, пальцы рук и ног, околоногтевые ткани и подногтевое ложе (8% всех случаев меланомы у лиц белой расы).</p> <p>5) Беспигментная меланома (клетки меланомы утрачивают способность к образованию меланина) – наиболее злокачественна</p> <p>Локализация: у большинства пациентов – на лице, голове, шее. Все формы дают метастазы в регионарные лимфоузлы, кожу и внутренние органы.</p> <p>Морфология. Чаще опухоль состоит из крупных, резко полиморфных клеток округло-полигональной или кубической формы со светлой цитоплазмой и крупными атипичными, пузырько-видными или гиперхромными ядрами. В светлых ядрах – своеобразные лучистые фигуры, многие клетки богаты меланином, который обнаруживается в виде глыбок в строме опухоли. В опухоли часто имеются очаги некроза.</p> <p>Диагностика: осмотр под лампой Вуда, дерматоскопия, УЗИ-исследование для определения толщины опухоли, эпифлюоресцентная микроскопия, гистологическое исследование биопсийного материала (толщина инфильтрата по Бреслоу; проникновение опухолевидных клеток по Кларку), иммуногистохимически атипичные меланоциты окрашиваются на белок S-100 и на антиген HMB-45.</p> <p>Для ранней диагностики меланомы применяется также клинический ABCD-метод: A - asymmetry, асимметрия элемента (0-2); B - boundary (0-8) (границы), нечеткий край; C - colour, неодинаковый цвет разных частей элемента (1-6); D - dimension, элемента более 6 мм (1-6). $СДИ = (A \times 1,3) + (B \times 0,1) + (C \times 0,5) + (D \times 0,5)$. СДИ (суммарный диагностический индекс) > 5,75 с большой вероятностью свидетельствует о наличии у пациента меланомы.</p> <p>Проводят клинический дерматоскопический фотоснимок образования и его оценку по алгоритму Арджециано. Алгоритм включает 7 морфологических критериев, разделенных на главные (оценивается в 2 балла) и второстепенные (оценивается в 1 балл). Сумма баллов, равная 3 и более, с большой долей вероятности свидетельствует о наличии меланомы.</p> <table border="0" data-bbox="368 1422 1444 1568"> <tr> <td style="text-align: center;">Главные признаки:</td> <td style="text-align: center;">Второстепенные признаки:</td> </tr> <tr> <td>1) атипичная пигментная сеть,</td> <td>1) нетипичные полосы,</td> </tr> <tr> <td>2) сине-белая вуаль,</td> <td>2) неравномерные точки и гранулы,</td> </tr> <tr> <td>3) атипичные сосуды</td> <td>3) неравномерные пятна,</td> </tr> <tr> <td></td> <td>4) участки регресса</td> </tr> </table> <p>Лечение. Прогноз. Наблюдение. Объем операции определяют в зависимости от формы меланомы, ее локализации и стадии. Высокие дозы интерферона-альфа 2В.</p> <p>Прогноз зависит от толщины и глубины проникновения опухоли, её изъязвления, выявления ближайших и отдаленных метастазов (уровни Бреслоу). 5-летняя выживаемость пациентов при толщине опухоли <1,5 мм составляет 90%; 1,5-3,5 мм – 75%; >3,5 мм – 50%. Послеоперационное наблюдение при небольшой толщине опухоли в первые 2 года проводят 1 раз в 2 месяца.</p> <p>Профилактика. См. плоскоклеточный рак</p>	Главные признаки:	Второстепенные признаки:	1) атипичная пигментная сеть,	1) нетипичные полосы,	2) сине-белая вуаль,	2) неравномерные точки и гранулы,	3) атипичные сосуды	3) неравномерные пятна,		4) участки регресса
Главные признаки:	Второстепенные признаки:										
1) атипичная пигментная сеть,	1) нетипичные полосы,										
2) сине-белая вуаль,	2) неравномерные точки и гранулы,										
3) атипичные сосуды	3) неравномерные пятна,										
	4) участки регресса										

Описание учебных элементов	Клинические формы и их симптомы
<p>Болезнь Педжета</p>	<p>Аденокарцинома протоков молочной железы с экземоподобным поражением области соска и околососкового поля. Развивается из атипичных клеток протоков молочной железы (клетки Педжета) с последующим образованием уплотнения (< 50% больных) и метастазами.</p> <p>Аденокарцинома, исходящая из одного или нескольких ходов молочной железы, поражающая эпидермис области соска и околососкового поля с последующей инвазией тканей железы и метастазированием в регионарные лимфатические узлы. Болеют преимущественно женщины после 40 лет. В начальной стадии заболевание напоминает экзему, в дальнейшем сосок и прилегающая область превращается в резко очерченную темно-красную влажную поверхность, покрытую корками, которая захватывает значительную часть молочной железы с втягиванием соска и образованием фиброзного уплотнения. Кожные поражения могут сопровождаться ощущением зуда и жжения, боли.</p> <p>Возможно образование очагов болезни в аногенитальной, подмышечной областях, реже – в области пупка, век, наружного слухового прохода (экстрамаммарная форма).</p> <p>Патоморфология. Диагностика. Рак Педжета соска молочной железы: в эпидермисе выявляют опухолевые клетки – клетки Педжета (крупные, круглые с большим ядром, не образующие межклеточных мостиков, они намного светлее окружающих их кератиноцитов).</p> <p>Экстрамаммарный рак Педжета – клетки Педжета рассеяны между кератиноцитами, образуют скопления и проникают в придатки кожи (волосяные фолликулы, протоки мерокриновых потовых желез). В дерме – хроническое воспаление. Для поздних стадий характерны атрофия эпидермиса и образование эрозий. Диагноз подтверждают клиническая картина и результаты биопсии.</p> <p>Лечение. Прогноз. Наблюдение. Хирургическое вмешательство, лучевая терапия и химиотерапия. При метастазах в регионарные лимфатические узлы – их удаление. Если новообразование в молочной железе не пальпируется 5-летняя выживаемость ~ 90%; 10-летняя ~ 80%; если пальпируется – 38% и 22% (5 и 10 лет, соответственно). Послеоперационное наблюдение пациента проводится, как при плоскоклеточном раке.</p> <p>Профилактика. Ранняя диагностика</p>

Таблица 103. Саркома Капоши

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Саркома Капоши (СК) – злокачественная опухоль сосудистого происхождения, поражающая кожу, лимфоузлы и различные внутренние органы. На коже проявляется багровыми или фиолетовыми бляшками, узлами и отеком окружающих тканей (рис. 41). Поражается эндотелий кровеносных и лимфатических капилляров под действием гуморальных факторов. Ангиоматозный ответ эндотелия стимулирует рост других видов клеток. При этом в патогенезе СК важную роль играет герпесвирус типа 8, в ряде случаев – ВИЧ. Саркомой Капоши болеют преимущественно мужчины, редко ВИЧ-инфицированные женщины-бисексуалки
Факторы риска	Клеточный иммунодефицит. Длительный прием больших доз кортикостероидов, цитостатиков. Вирусная инфекция: цитомегаловирус, ретровирусы, вирусы Эпштейна-Барр; герпесы I, II типов, их ассоциация; вирус герпеса 8 типа (HHV-8). Травмы, отморожения, сахарный диабет, васкулит, лимфомы, артрозы и др.
Клинические формы СК	1. Классическая (европейская) 2. Эндемическая (африканская) 3. Ятрогенная (иммуносупрессивная) 4. Эпидемическая (ассоциированная с ВИЧ)
Методы исследования	Патоморфология: внутридермальный узел, состоящий из пролиферирующих щелевидных сосудов, атипичных веретенообразных эндотелиальных клеток, расположенных между волокнами ретикулина. Диapedез эритроцитов, отложения гемосидерина, периваскулярные воспалительные инфильтраты. Рентгенография легких (пневмоцистная пневмония). Сонография лимфоузлов и внутренних органов. ФГДС, ректороманоскопия. ПЦР на HHV-8 и другие герпесвирусы из ткани новообразования. Обследование на ВИЧ

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Дифференциальный диагноз	Дерматофиброма, телеангиэктатическая гранулема, гемангиома, бактериальный ангиоматоз, пигментный невус, экхимозы, кольцевидная гранулема, укусы насекомых, варикозная экзема, метастазы в кожу, В-клеточная лимфома, лейкемиды
Особенности клинических проявлений различных форм СК, лечение, прогноз	<p style="text-align: center;">Классическая (европейская форма СК)</p> <p>Возникает у лиц старше 60 лет. Саркоматозное поражение начинается с голени; затем медленно распространяется на другие участки тела. Позднее вовлекаются внутренние органы. <i>Клиническая картина.</i> У пациентов выявляются единичные или немногочисленные синюшно-красные пятна или узлы, располагающиеся в направлении кожных линий. Единичные опухоли обычно могут годами оставаться неизменными, но в части случаев наблюдается их быстрое распространение в течение нескольких недель и возрастание в количестве и размерах. <i>Прогноз.</i> Продолжительность жизни после установления диагноза 10-15 лет. Прогноз лучше, если элементов немного, нет очагов на твердом небе, отсутствуют оппортунистические инфекции, число лимфоцитов больше 200 мкл⁻¹. <i>Лечение.</i> Лучевая терапия (мягкая), высокоэнергетические электроны. Оперативное удаление мелких единичных опухолей. Криотерапия. Импульсный лазер на красителях с инъекциями цитостатиков в очаги. Электрокоагуляция кровоточащих язв и узлов</p> <p style="text-align: center;">Эндемическая (африканская) форма СК и ее типы:</p> <p>-узелковый – поражаются голени, лимфоузлы и органы брюшной полости; -вегетирующий – опухолевые узлы прорастают глубоко в дерму, подкожную клетчатку, мышцы, кости; -инфильтративный – характерно обширное поражение кожи, слизистых и внутренних органов (кишечник, печень, селезенка, легкие, сердце, головной мозг, мочеполовые органы), наиболее злокачественный тип течения; -лимфатический – вовлекаются лимфоузлы, внутренние органы, иногда процесс переходит на кожу и слизистые.</p> <p>Эндемические формы СК не связаны с иммунодефицитом: I вариант – соответствует классической форме, характеризуется прогрессирующим, относительно доброкачественным течением. II вариант – агрессивная форма; появление инфильтрированных, экзофитных или вегетирующих опухолей на коже, которые имеют тенденцию к быстрому распространению в подкожную жировую клетчатку, окружающие ткани, кости. III вариант – тяжелая форма (диссеминированная лимфаденопатическая саркома Капоши). Встречается у детей и подростков, характеризуется высокой частотой вовлечения висцеральных органов, диффузным поражением лимфатических узлов, часто без кожных проявлений (при их появлении – изъязвлением очагов), злокачественным течением.</p> <p><i>Прогноз.</i> Средняя продолжительность жизни после установления диагноза: взрослые – 5-8 лет; дети – 2-3 года. <i>Лечение.</i> Химиотерапия, полихимиотерапия с винкаалкалоидами (винкристин, винбластин); при агрессивном течении, вовлечении внутренних органов: интерферонотерапия и зидовудин</p> <p style="text-align: center;">Ятрогенная форма СК (иммуносупрессивная)</p> <p>Выявляется у пациентов, получающих иммунодепрессивные препараты по поводу трансплантации почки, других паренхиматозных органов, а также у онкологических пациентов, которым назначены цитостатики</p>
	Чаще вовлекается кожа (рис. 41), реже – слизистые оболочки и внутренние органы. Течение бурное или вялое. Отмена или уменьшение иммуносупрессивной терапии приводит к спонтанной ремиссии. <i>Прогноз.</i> Возможна спонтанная ремиссия после прекращения иммуносупрессивной терапии. <i>Лечение.</i> Уменьшение дозы или отмена (смена) иммунодепрессантов, цитостатиков

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
	<p>Эпидемическая форма СК (саркома Капоши, ассоциированная с ВИЧ) Багрово-фиолетовые бляшки, узлы возникают на любом участке кожного покрова, включая кожу головы, лица, ушных раковин, шеи, туловища, ладоней, вовлекается слизистая полости рта, десен. Течение. Высыпания имеют тенденцию к быстрой диссеминации. Прогноз. Летальный исход наблюдается в период 2 мес. – 2 года. Лечение. Полихимиотерапия (при быстром прогрессировании заболевания). Монотерапия интерферонами альфа, бета (при CD4 > 400μL). Наружную химио- и иммунотерапию проводят при выраженном иммунодефиците. Амбулаторное наблюдение: контролируют уровень CD4, состояние кожи, лимфоузлов, слизистых 1 раз в 3-6 мес.; легких, ЖКТ (ежегодно)</p>

Таблица 104. Особенности кожных проявлений при СПИДе

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Возникают в различных возрастных группах. Проявляются атипично, имеют тяжелое течение, плохо поддаются лечению, при наличии лихорадки, слабости, диареи, потери веса и т.п. являются плохими прогностическими симптомами и свидетельствуют о развитии клинических проявлений СПИДа и резком снижении иммунного ответа
Условная классификация заболеваний	Неопластические (саркома Капоши). Инфекционные (вирусные, грибковые, бактериальные, паразитарные). Дерматозы с неясным патогенезом (себорейный дерматит, телеангиэктазии, ксеродерма, псориаз, атопический дерматит и др.)
Саркома Капоши	Неопластические Отмечается преимущественно у гомосексуалистов. Бледно-розовые пятна и папулы, приобретающие фиолетовый или коричневый цвет и увеличивающиеся по периферии. Кожные проявления напоминают гемангиому, пиогенную гранулему, дерматофибром, сосудистые пороки развития, экхимоз. Чаще располагаются на лице, животе, конечностях, на туловище – вдоль ребер. В процессе вовлекаются периферические лимфатические узлы, из внутренних органов – чаще кишечник (язвенный колит, кровотечения)
Кандидоз слизистых оболочек и кожи	Инфекционно-паразитарные Стойкий кандидоз слизистых оболочек рта, нередко с вовлечением пищевода, развившийся у молодых людей, не получавших лечения антибиотиками, кортикостероидами, цитостатиками, может быть ранним симптомом ВИЧ-инфекции. На слизистой щек, языке образуется сплошная бело-грязная пленка, плохо удаляемая, в углах рта – кандидозная заеда. Реже развивается кандидоз перианальных и паховых складок со склонностью к слиянию очагов и их изъязвлению
Простой герпес	Характерно образование пузырьков, очень болезненных эрозий или язв, чаще на губах, половых органах, голенях, пальцах, аксиллярной и перианальной областях (у гомосексуалистов). Напоминают ветряную оспу или импетиго
Опоясывающий герпес	Может проявляться в виде легких локализованных форм без постгерпетической невралгии и в виде тяжелых, диссеминированных склонных к рецидивам высыпаний со стойкой лимфадено-патией. Часто сочетается с саркомой Капоши
«Волосатая» лейкоплакия (ВЛ)	Вероятный возбудитель – вирусы Эпштейна-Барра или папилломы человека. Частая локализация – краевая зона языка. Возможно распространение на слизистую щек. Очаги поражения имеют неровную гофрированную поверхность, покрытую нитевидными разрастаниями эпителия, напоминающими волоски. Спонтанно не исчезают
Контагиозный моллюск	Поражение чаще всего локализуется в области щек, переходит на все лицо и волосистую часть головы. Имеет тенденцию к быстрому распространению на другие участки, слиянию элементов
Бородавки	У больных наблюдается повышенная склонность к появлению обычных бородавок, чаще на лице, во рту. У гомосексуалистов появляется большое количество обычных бородавок и остроконечных кондилом в области заднего прохода и на гениталиях

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Бактериальные инфекции кожи	Распространенные стафилококковые фолликулиты на шее, спине, груди, верхних конечностях, в подмышечных областях и перианальной складке. Возможно развитие эктим, фурункулов, абсцессов, целлюлита, импетиго, элементов, напоминающих папуло-некротический туберкулез кожи, акне
Дерматомикозы	Могут протекать в виде типичных для дерматомикозов поражений кожи стоп, кистей, голеней и других участков. Атипичные проявления встречаются, как правило, на лице и шее и могут напо-минать многоформную экссудативную эритему, себорейный дерматит, розацеа. Рубромикоз ладоней и подошв имеет характер кератодермии, онихомикозы сочетаются с паронихиями. Для отрубевидного лишая характерно диссеминированное поражение с тенденцией к развитию
	папулезно-бляшечных элементов, инфильтрации и лихенификации кожи
Чесотка	Протекает атипично в виде генерализованных, сильно зудящих папуло-сквамозных очагов пора-жения. Часто поражаются лицо и волосистая часть головы. Заболевание весьма контагиозно в связи с наличием в очагах множества клещей. Постскабиозный дерматит носит упорный характер и плохо поддается лечению
Болезнь Рейтера	Характеризуется тяжелым течением с развитием артрита, уретрита (цервицита), конъюнктивита (увеита). Могут развиваться цирцинарный баланит, изъязвление слизистой оболочки рта, кератодермия ладоней и подошв, обнаруживается энтеропатия
Криптококкоз, гистоплазмоз, амёбная, микобактериальная инфекции кожи	Относят к редким осложнениям ВИЧ-инфекции. Могут протекать в виде фолликулитов, папуло-некротических очагов, панникулита, васкулитов, подкожных абсцессов, перианальных язв, гиперкератозов, напоминать герпес, контагиозный моллюск. Указанные инфекции часто сочетаются с саркомой Капоши
	<u>Дерматозы с неясным патогенезом</u>
Себорейный дерматит	Первоначально процесс локализуется преимущественно на лице (на бровях, около рта, в носо-щечных складках), волосистой части головы и разгибательных поверхностях верхних конечнос-тей. На лице иногда приобретает форму бабочки и напоминает дискоидную красную волчанку. На волосистой части головы характерно обильное шелушение. На конечностях напоминает нуммулярные себореиды. Может принять характер распространенных сильно зудящих сливных эритематозных фолликулярных бляшек с поражением крупных складок
Телеангиэктазии	Обычно локализируются на груди (чаще над ключицами), реже – на ушных раковинах, ладонях и подошвах. Развиваются на фоне неяркой диффузной эритемы. Встречаются чаще у наркоманов (реакция на амил- и бутилнитриты)
Ксеродерма (сухая кожа)	Развивается у больных СПИДом, страдающих хронической диареей или синдромом маль-абсорбции. Напоминают ихтиоз с наиболее частым поражением лица и голеней
Аллергодерматозы	Характерна склонность к аллергическим реакциям. Развитие атопического дерматита нередко происходит в продромальном периоде. Часто возникает медикаментозная токсидермия
Псориаз	Тяжелые формы могут быть первым симптомом ВИЧ-инфекции. Характерно развитие генерализованных пустулезных и эритродермических форм, поражение ладоней и подошв
Псевдотромбо-флебитический синдром	Сопровождается высокой лихорадкой. Определяются отек и болезненность нижних конечностей, напряженные воспаленные болезненные тяжи, индурация кожи. Тромбофлебит глубоких вен не характерен. Процесс длится 1-4 недели
Нарушения питания	Чаще отмечаются у детей. Напоминают пеллагру, энтеропатический акродерматит, цингу. У некоторых больных развивается желтое окрашивание свободного края ногтевых пластинок и вид «барабанных палочек» дистальных фаланг пальцев

ИНФЕКЦИОННЫЕ ЭКЗАНТЕМЫ

В практической деятельности врачи различных специальностей (дерматологи, педиатры, инфекционисты, терапевты и др.) сталкиваются с трудностями в постановке правильного диагноза при появлении на коже и слизистых высыпаний пятнистого, папулезного, пузырькового и геморрагического характера, которые часто встречаются при инфекционных экзантемах и различных дерматозах

неинфекционного характера (дерматиты, экземы, токсидермии, розовый лишай, многоформная экссудативная эритема, геморрагический васкулит и др.) и паразитарной природы (чесотка, трихомикозы), а также в дифференциальной диагностике таких заболеваний, как рожистое воспаление, эризипелоид, болезнь кошачьей царапины, с гнойно-пузырной реакцией, напоминающей фурункулез, стрептостафилодермии, инфильтративно-нагноительную трихофитию.

Как правило, инфекционные экзантемы сопровождаются выраженной температурной реакцией, признаками интоксикации, реакцией лимфатических узлов, часто вовлечением в процесс внутренних органов (печень, селезенка), кишечными расстройствами, в некоторых случаях поражением суставов (иерсиниозы), высыпаниями (энантемами) на слизистой рта (табл. 105).

Таблица 105. Кожные проявления инфекционных экзантем и их дифференциальный диагноз

Инфекционная-ное заболевание	Кожные проявления экзантем и другие клинические признаки заболевания	Дерматоз (или заболевание) для дифференциальной диагностики
Корь	Продромальные явления, температура 38,5- 39 ⁰ С, катаральные явления. Появление сыпи на 4-5-й день болезни в виде мелких папул, окруженных пятнами неправильной формы с тенденцией к периферическому росту, возможны петехии (лицо, шея, за ушами, туловище, верхние и нижние конечности). Конъюнктивит, увеличение шейных, затылочных и подмышечных лимфатических узлов. На слизистой рта пятна Бельского-Филатова-Коплика (вид манной крупы), отечность лица, носовые кровотечения. Сыпь регрессирует шелушением, буровой пигментацией	Аллергический и медикаментозный дерматит, токсидермии, синдром Стивенса-Джонсона, краснуха, скарлатина, геморрагический васкулит, чесотка, розовый лишай
Краснушная инфекция	Катаральные явления выражены слабо, чаще субфебрилитет. Сыпь появляется на первый день болезни в виде обильной мелкой несливающейся розеола, держится 1-2 дня, исчезает без пигментации. Увеличены затылочные и заднешейные лимфатические узлы. Слизистые блестящие, незначительные явления конъюнктивита	Аллергический или медикаментозный дерматит, токсидермии, розовый лишай, полиаденит во вторичном периоде сифилиса, корь, скарлатина, болезнь Ходжкина
Скарлатина	Типичная форма: начинается остро, повышается температура тела, боль в горле, рвота. Появляется мелкоточечная сыпь на гиперемированном фоне (возможны петехии). Поражается вначале лицо, затем шея, туловище, конечности. Кожа носогубного треугольника без высыпных элементов бледная. Сыпь держится 5 дней, пигментации не оставляет, на 9-й день развивается пластинчатое шелушение, сохраняющееся 7-10 дней. Явления ангины (в т.ч. некротической), увеличение миндалин, регионарных лимфатических узлов. Признаки интоксикации, часто увеличивается печень и селезенка	Токсидермии, потница, корь, краснуха, иерсиниоз, геморрагический васкулит
Ветряная оспа	Повышение температуры тела. Сыпь в виде макуло-папул, вначале появляется на лице, волосистой части головы, затем на туловище и конечностях, быстро превращается в поверхностные пузырьки овальной или округлой формы без пупковидных вдавлений, с прозрачным содержимым, высыхающим в течение 1-2 дней в корочки, которые отпадают на протяжении 1-2 недель. Могут быть пузырьки-эрозии на слизистой рта	Чесотка, стрептодермия, стромбулюс, пемфигус, укусы насекомых, пузырьковый сифилид вторичного периода, митигированная корь
Иерсиниоз	Повышение температуры тела, признаки интоксикации. Мелкопапулезная сыпь на гиперемированном фоне появляется на 2-4-й день болезни, преимущественно на боковых поверхностях туловища, внутренних поверхностях бедер, голеней, внизу живота, в складках. Лицо, шея, ладони, стопы гиперемированы и отечны (симптомы «капюшона», «перчаток», «носков»). Гиперемия кожи вокруг суставов. Сыпь держится 2-3 дня, на 7-12-й день появляется пластинчатое или отрубевидное шелушение. Симптомы энтерита, увеличение печени (в 50 % случаев), у некоторых больных поражаются суставы	Аллергический дерматит, пищевая, лекарственная токсидермия, скарлатина, краснуха, корь, ревматоидный артрит, болезнь Рейтера

Инфекционная-ное заболевание	Коже проявления экзантем и другие клинические признаки заболевания	Дерматоз (или заболевание) для дифференциальной диагностики
Рожа	При наличии симптомов интоксикации (среднетяжелая и тяжелая формы) температура тела повышается до 39-40°C. Боль в пораженном участке, эритема и ее распространение в виде «языков пламени» и зубцов, отек, увеличение регионарных лимфатических узлов, явления лимфангита. Протекает остро в виде эритематозной, эритематозно-буллезной, эритематозно-геморрагической, буллезно-геморрагической форм или хронически (рецидивирующая рожа)	Стрептостафилодермии, экзема, эризипелоид, опоясывающий лишай, флегмона, тромбофлебит, фурункул, карбункул, инфильтративно-нагноительная трихофития
Эризипелоид	На кистях, реже запястье, лице, нижних конечностях появляется эритематозная бляшка с цианотичным оттенком и инфильтрированным приподнятым периферическим валиком (вид блюдца). Образуются пузырьки с прозрачным или геморрагическим содержимым. Возможны регионарный лимфаденит, лимфангит. Длительность болезни 2-3 недели	Стрептостафилодермии, рожа, инфильтративно-нагноительная трихофития, панариций, фурункул, многоформная экссудативная эритема, сепсис
Болезнь кошачьих царапин (доброкачественный лимфоретикулез)	На месте царапины образуется пятно, красноватая папула (пустула, язвочка), окруженная мелкими пузырьками. Увеличиваются регионарные лимфоузлы, которые могут слиться в пакеты, спаянные с окружающими тканями. Возможно их нагноение и вскрытие. Общетоксические явления, субфебрилитет, длительность до 4-5 недель. У некоторых больных встречается мелкопапулезная, эритематозная сыпь, узловатая эритема	Простой и опоясывающий герпес, пиодермии, экзема, банальный лимфаденит, склераденит при сифилисе, туберкулез лимфоузлов
Инфекционный мононуклеоз	У 15 % больных может быть экзантема, которая появляется на 3-5 день болезни, носит макуло-папулезный (кореподобный), пятнистый, петехиальный характер, держится 1-3 дня, исчезает бесследно. Наблюдается лихорадка, увеличение шейных (слегка болезненных), затылочных, подмышечных, локтевых, паховых лимфатических узлов. Характерно увеличение печени и селезенки, иктеричность склер и кожи, в крови обнаруживаются атипичные мононуклеары	Аллергический дерматит, геморрагический васкулит, токсидермии, корь, скарлатина, болезнь кошачьих царапин

Таблица 106. Саркоидоз кожн

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Общая характеристика	Саркоидоз (С) или болезнь Бенье-Бека-Шауманна (sarx - мясо, ides - подобный) – хроническое полисистемное заболевание неясной этиологии, основу которого составляет образование воспалительных эпителиоидноклеточных гранулем без их казеозного распада. Наиболее часто в патологический процесс вовлекаются прикорневые лимфоузлы и легкие, реже глаза, печень, селезенка, кости кистей и стоп, нервная система. Кожа поражается у 20-35% пациентов. Заболевание выявляется повсеместно у мужчин и женщин, с пиком в возрасте после 20 и 50 лет, несколько чаще у лиц негроидной расы, скандинавов; известны его немногочисленные семейные случаи
Этиология	Предполагается роль микобактерий, вирусов, хламидий пневмонии, минеральных пылей, продуктов от сгорания дерева; однако, точная природа возможных антигенов саркоидоза до сих пор не установлена. При С выявляются слабые и отрицательные реакции на туберкулин, которые трансформируются в положительные при успешной терапии С противотуберкулез-ными препаратами

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Патогенез	<p>Полагается, что неизвестный антиген, обработанный макрофагами или дендритическими клетками, презентруется посредством Т-клеточного рецептора Т-лимфоцитам при участии молекул МНС 2 типа. При этом взаимодействии высвобождается ряд цитокинов и лимфокинов Т-хелперами первой их субпопуляции, что сопровождается пролиферацией Т-клеток и моноцитов, образующих очаги гранулематозного воспаления. Важную роль в последовательном развитии указанного иммунологического процесса отводится интерлейкину-12, интерферону-γ, интерлейкину-2, фактору некроза опухоли-α и интерлейкину-1β. У больных саркоидозом определяются гормональные сдвиги, нарушения иммунного статуса, выявляют кальциемию, кальциурию</p>
Клинические формы кожного саркоидоза и их характеристики	<p>Мелкоузелковый саркоидоз – множественные миллиарные и лентикулярные желтовато-бурые не сливающиеся пятна, папулы на лице, конечностях, туловище.</p> <p>Крупноузелковый саркоидоз – бугорки до лесного ореха, синюшного или красно-коричневого цвета; чаще выявляются на лице, верхних конечностях.</p> <p>Узловатый саркоидоз – один или несколько куполовидных или уплощенных узлов, буровато-синюшного цвета на лице и нижних конечностях, подвергающиеся рубцеванию. На месте рубцов могут возникать новые красноватые полупрозрачные узлы – «рубцовый саркоид».</p> <p>Диффузно-инфильтративный саркоидоз – красновато-бурые, «растущие» бляшки, кольцевидной, полициклической формы. Образуются на конечностях, ягодицах, туловище, иногда могут изъязвляться.</p> <p>К разновидности диффузно-инфильтративного саркоидоза относят ознобленную волчанку – возникновение красновато-бурой диффузной инфильтрации в области носа, щек, мочек ушей, обостряющееся в холодное время.</p> <p>Атипичные формы: пятнистая; лихеноидная; псориазиформная; верруциформная, аннулярная; эритродермическая Шауманна</p>
Дерматологические исследования	<p>При выполнении диаскопии элементы приобретают желтовато-бурый цвет – симптом «яблочного желе» и видны вкрапления желто-золотистых точек (пятнышек) – симптом «пылинок».</p> <p>Постановка реакции (пробы) Никерсона-Квейма – при внутрикожном введении в предплечье суспензии саркоидной ткани через 2-3 недели на месте введения выявляется специфическая гранулема.</p> <p>Элементы васкуляризованы видимой сетью расширенных капилляров, превращающихся в стадии регресса в телеангиэктазии на фоне гипо-, гиперпигментации; иногда выявляется атрофия в области эффоресценций.</p> <p>Диссеминированные формы – в крови гиперпротеинемия, гиперглобулинемия, гиперкальциемия, повышение содержания щелочных фосфатов.</p> <p>Рентгенография: легких (их сетчатость, множественные очаговые затемнения); внутри-грудных лимфоузлов (увеличение, уплотнение); костей (очаги разрежения – псевдокистозный остит).</p> <p>УЗИ внутренних органов – нередко увеличение печени, селезенки. Необходимо провести исследования на генитальные инфекции (хламидиоз, уреамикоплазмоз)</p>
Гистопатология	<p>Туберкулоидная гранулема, состоящая из эпителиоидных клеток с примесью клеток Лангханса и лимфоцитов. Обнаруживаются включения Шауманна – астероидные тельца в крупных гистиоцитах; встречаются явления фибриноидного некроза. В стадии регресса – явления гиалиноза</p>
Диагностика	<p>Данные клинической картины, подтвержденные биопсией кожи и лимфоузлов. Отрицательные или слабоположительные результаты туберкулиновых проб и исследований на микобактерии туберкулеза. Данные лабораторных и инструментальных исследований (вовлечение внутренних органов, лимфоузлов)</p>
Дифференциальный диагноз	<p>Туберкулез кожи. Красный плоский лишай. Кожный лейшманиоз, бугорковые сифилиды, липоидный некробиоз. Розовые угри (фациальные проявления, отофима)</p>
Синдромы саркоидной природы	<p>Синдром Лефгрена: узловатая эритема, двустороннее увеличение прикорневых лимфоузлов, артрит.</p> <p>Синдром Хеерфорда: лихорадка, паротит, иридоциклит, неврит лицевого нерва</p>

Перечень учебных элементов	Описание учебных элементов
Течение саркоидоза	Обычно доброкачественное. Заболевание может длиться на протяжении нескольких месяцев, лет; характерна торпидность к терапии
Лечение саркоидоза	<p>При активном генерализованном процессе, распространенных кожных поражениях и угрозе косметических недостатков (при отсутствии противопоказаний): системные кортикостероиды (6-12 мес.) в комбинации с курсами метотрексата, проспидина (до 4,0 г на курс). Начальные дозы преднизолона 30-40 мг/сут., поддерживающие – 10-15 мг/сут. Применяют также курсы плаквенила (гидроксихлорохина сульфат) – 200 мг/сут. 2-4 пятидневных цикла в течение 2-х месяцев (с 10-дневными перерывами между циклами).</p> <p>При выраженной реакции на туберкулин – рифампицин 600 мг/сут. в виде 2-х недельных курсов (с аналогичным интервалом) №3-5; другие противотуберкулезные препараты: фтивазид до 1,5 г/сут. (3-4 мес.), стрептомицин 0,5 г/сут. (1 мес.), вит. Д₂ до 100 тыс. ЕД/сут. (1,5-2 мес.). В процессе основного курса лечения и дальнейшей поддерживающей терапии следует учитывать развитие побочных действий этих препаратов.</p> <p>При выявлении скрытых инфекций урогенитального тракта проводят эрадикационную терапию (джозамицин, кларитромицин и др.).</p> <p>Противотуберкулезные препараты сочетают с иммуномодуляторами (тактивин, тималин, тимоген), биостимуляторами (спленин, плазмол), витаминами А, С, В₆, В₁₂. Токоферол ацетат назначают в дозе 300-600 мг/сут. в течение нескольких месяцев.</p> <p>В небольшие очаги поражения вводят триамцинолон (3 мг/мл). На бляшечно-узловые элементы применяют фонофорез с гидрокортизоном и 5% стрептомицином, лазеро- и Букки-терапию, хирургическое иссечение; проводят диатермокоагуляцию небольших элементов</p>
Наблюдение	Больные саркоидозом подлежат диспансеризации, регулярному обследованию фтизиатра, терапевта, окулиста невропатолога, рентгенолога (грудная клетка, кости фаланг пальцев)
Прогноз	При кожных формах благоприятный – при адекватно подобранной терапии выздоровление наступает в период от нескольких месяцев до 2-х лет; при системных формах – серьезный, т.к. сопряжен с поражением различных внутренних органов и систем

ЛИТЕРАТУРА

1. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни / В.П. Адашкевич, В.М. Козин – М.: Мед.лит., 2013. – 672с.: ил.
2. Адашкевич, В.П. Кожные и венерические болезни (курс лекций). – Витебск: Издательство ВГМУ, 1999. – 216с.
3. Адашкевич, В.П. Дерматовенерология/В.П. Адашкевич. – М.: Мед. лит., 2019. – 408 с.: ил.
4. Козин, В.М. Дерматология: Учебное пособие/ В.М. Козин – Мн.: Выш. шк., 1999. – 304с.
5. Козин, В.М. Сифилис: учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская – Витебск: ВГМУ, 2015. – 71с.:96 ил.
6. Козин, В.М. Дерматологические болезни и инфекции, передаваемые половым путем. Учебно-методическое пособие / В.М. Козин, Ю.В. Козина, Н.Н. Янковская/ Витебск: ВГМУ, 2016 – 409 с.
7. Козин, В.М. ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ: Учебно-методическое пособие/ В.М. Козин – Витебск: ВГМУ, 2010. – 201 с.: ил.
8. Козин В. М. Наружная фармакотерапия дерматозов. Мн., 1997, – 80 с.
9. Козин В. М., Карелин В. С. Клинико-диагностические симптомы, феномены, признаки кожных и венерических заболеваний. Витебск, 1997. – 50 с.
10. Семенов, В.М. Курс лекций по инфекционным болезням человека /В.М. Семенов – Витебск. Издательство ВГМУ, 2001. – 372 с.:ил.
11. Семенов, В.М. Инфекционные болезни. Руководство /Под ред. В.М. Семенова. – М.: Мед. лит., 2014. – 496 с., ил.
12. Клинические протоколы диагностики и лечения инфекций, передаваемых половым путем / Под ред. И.Г. Шиманской/ Шиманская И.Г. и соавт./ Минск, 2010 – 368 с.
13. Ахтямов, С.Н. Практическая дерматокосметология / С.Н. Ахтямов, Ю.С. Бутов – М.: Медицина, 2003. – 400с.: ил.
14. Атлас по дерматологии/Мартин Рёкен, Мартин Шаллер, Эльке Зиттлер, Вальтер Бургдорф; пер. с нем. – М.:МЕДпресс-информ, 2012. – 408 с.:ил.
15. Дерматология. Атлас-справочник: пер. с англ./ Дж. Д. Уилкинсон, С. Шоу, Д.И. Ортон. – М.: Мед.лит., 2007 – 208с., ил.
16. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: В 3 т./ Клаус Вольф, Лоуэлл А. Голдсмит, Стивен И. Кац и др., пер. с англ.; общ. ред. акад. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний. Т.1 – 2012 – 868с.:ил; Т.2 – 2012 – С. 871-1838.:ил; Т.3 – 2013 – С.1841-2621.:ил. (2621с.:ил).
17. Кацамбас, А.Д. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / под ред.: А.Д. Кацамбас, Т.М. Лотти; Пер. с англ. - М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 736с.: ил.
18. Кубанова, А.А. Клинические рекомендации. Дерматовенерология / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. – 428 с.
19. Луцкая, И.К. Заболевания слизистой оболочки полости рта /И.К. Луцкая – М.: Мед.лит. 2006. – 288с.: ил.
20. Самцов, А.В. Кожные и венерические болезни / А.В. Самцов, В.В. Барбинов – СПб.: ЭЛБИ, 2002. – 314 с.
21. Сан, Э. Дерматология. Пер. с англ. М. – СПб.: ЗАО «Издательство БИНОМ» – «Невский диалект», 2001. – 272 с.: ил.
22. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции. 2 изд. / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев – М.: Издательство БИНОМ, 2008. – 480 с.: ил.
23. Скрипкин, Ю.К. Кожные и венерические болезни. М. «Триада-фарм», 2005. – 688 с.
24. Интернет-ресурсы по изучаемым дерматовенерологическим темам.

ПРИЛОЖЕНИЕ:
Дерматологические фотоматериалы

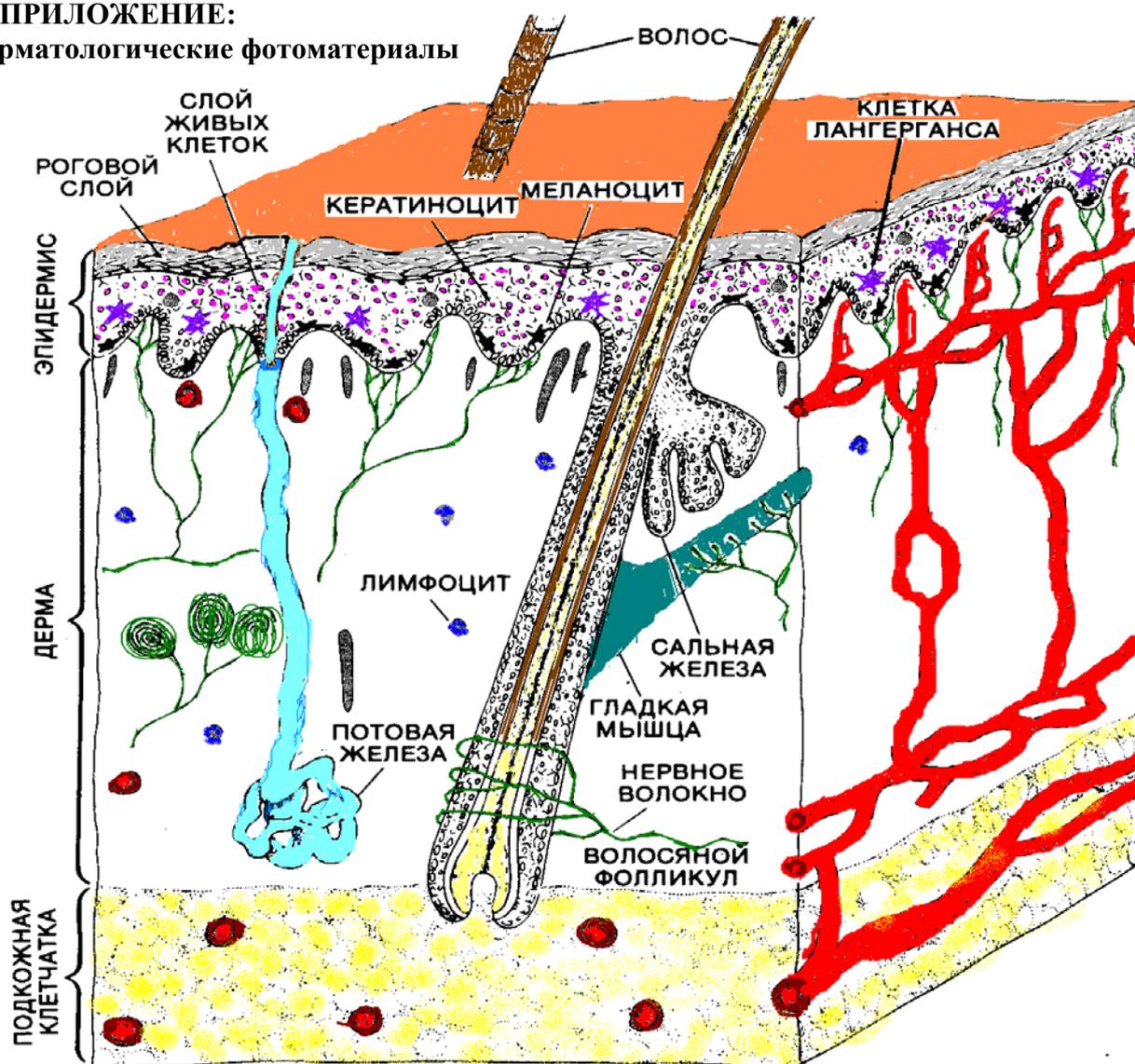


Рис. 1. Строение кожи*

Поверхность кожи покрыта роговым слоем омертвевших кератиноцитов, заполненных кератином. Живые кератиноциты преобладают в эпидермисе и размножаются по мере сдвигания мертвых клеток с поверхности. Меланоциты, в которых образуются пигментные гранулы, определяющие цвет кожи, локализуются в основании эпидермиса. Клетки Лангерганса – дендритные клетки, которые подвергают процессингу антигены, попавшие на кожу, – лежат над базальным слоем кератиноцитов. Дерма представляет собой соединительнотканную сеть; ее подстилает подкожная жировая ткань. Специализированные кератиноциты волосяных фолликулов продуцируют вещество волос. Дерма богата снабжена нервными волокнами, часть из которых относится к сенсорной системе, и кровеносными сосудами. Т-лимфоциты рассеяны по всей толще кожи, но преимущественно в эпидермисе и верхнем слое дермы.

* В эпидермисе выявляются Т-лимфоциты, макрофаги, нервные окончания. В дерме – дендритические клетки, фибробласты, фиброциты, клетки-пришельцы крови, макрофаги, гистиоциты, коллагеновые и эластические волокна, лимфатический дренаж в эпидермисе, лимфатические и кровеносные сосуды в дерме и гиподерме .

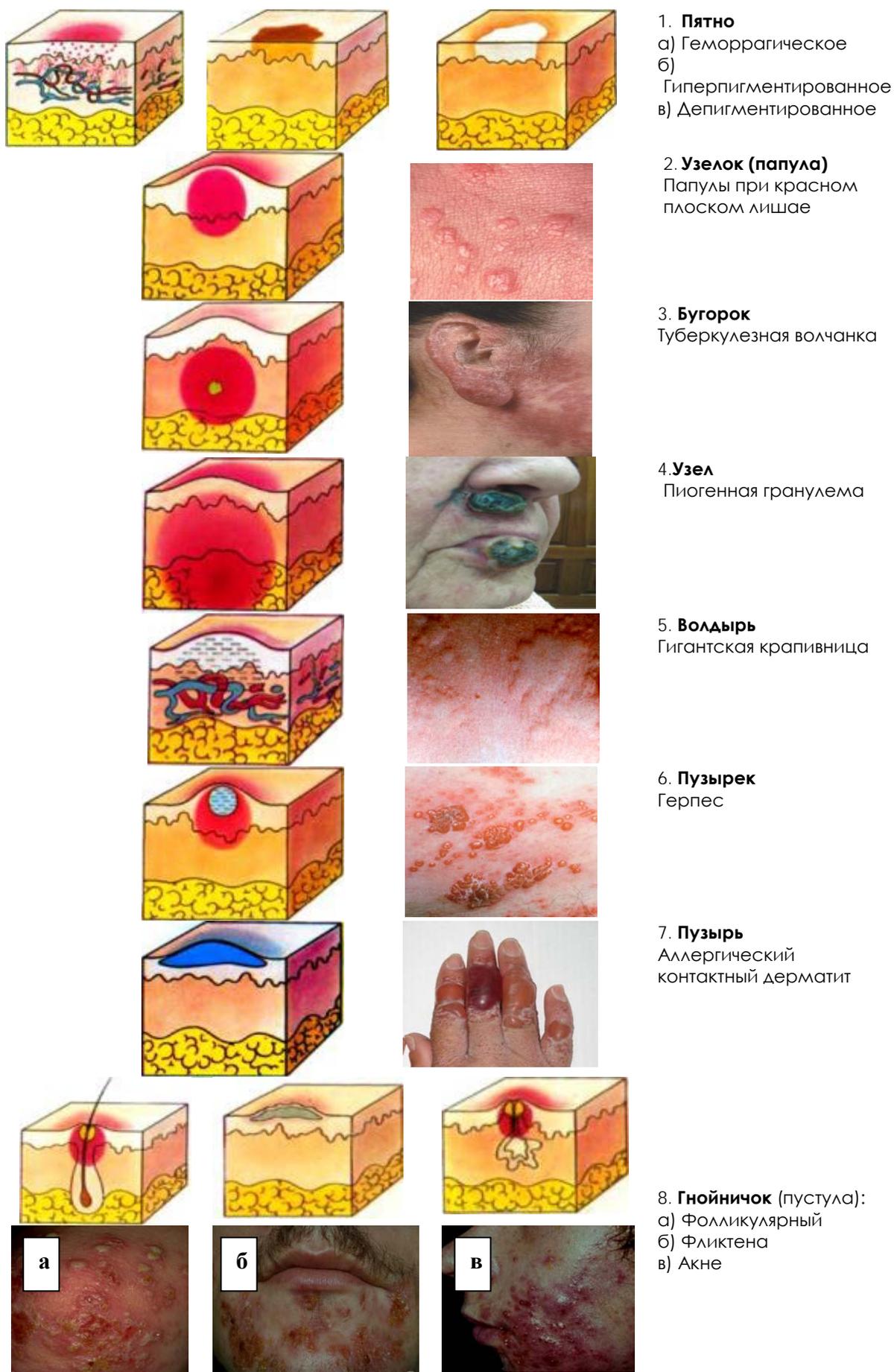


Рис. 2. Схемы первичных элементов

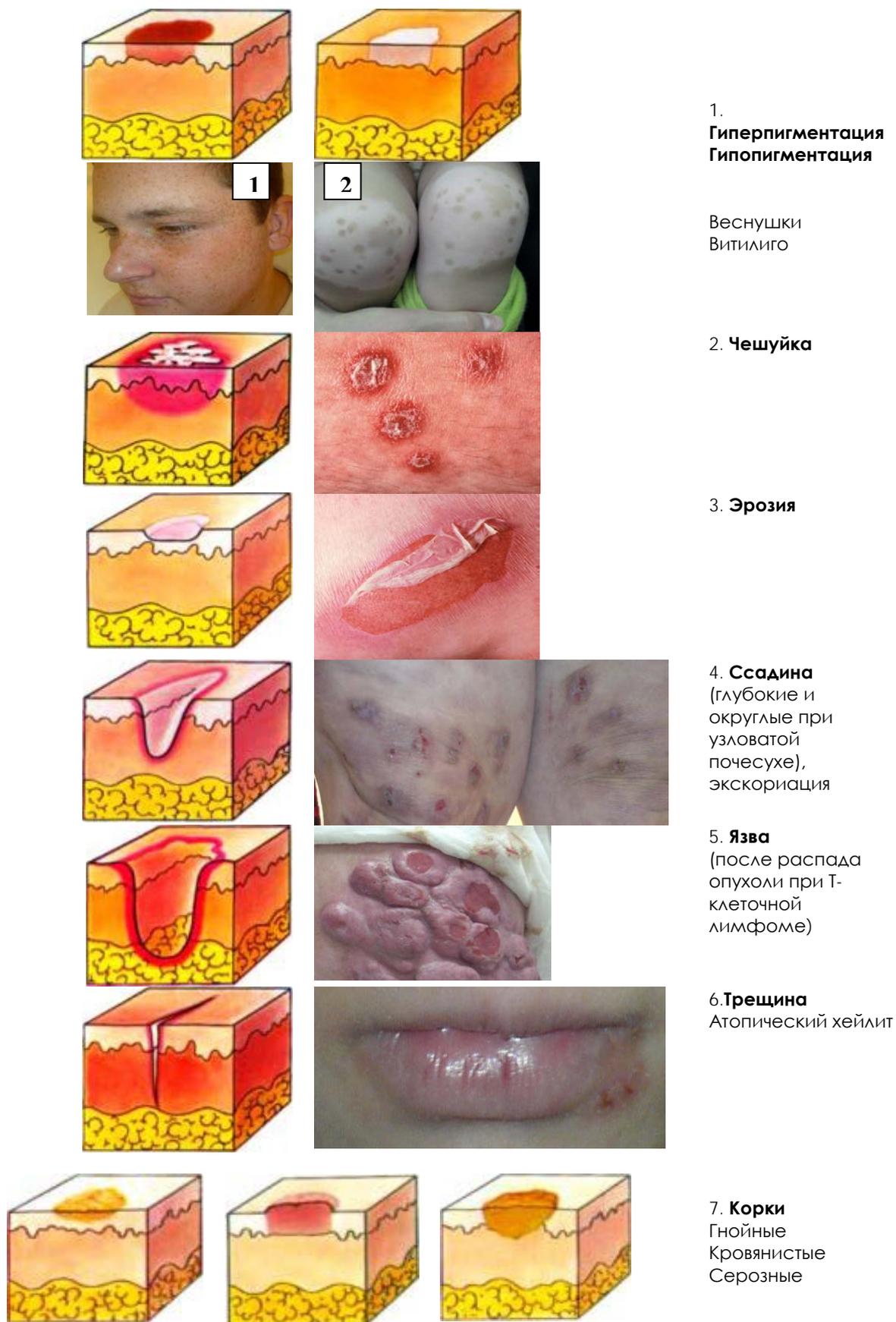
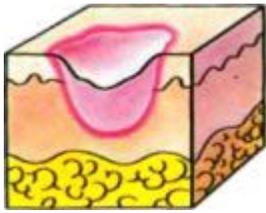
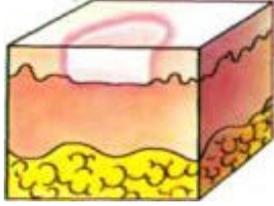


Рис. 2. Схемы вторичных морфологических элементов



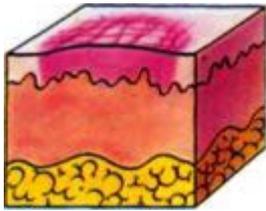
8. Рубец

Плоские атрофические (1) при красной волчанке; келоидные рубцы (2)



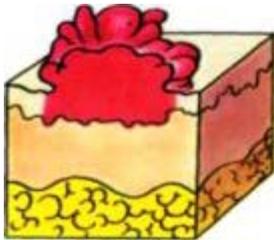
9. Атрофия кожи:

Склероатрофический лихен



10. Лихенификация:

ограниченный нейродермит (1); лихеноидная форма atopического дерматита (2)



10. Вегетация

в виде роговых наслоений – подошвенные бородавки (1); в виде цветной капусты – остроконечные кондиломы (2)

Рис. 3 Схемы вторичных элементов

Некоторые патоморфологические изменения кожи

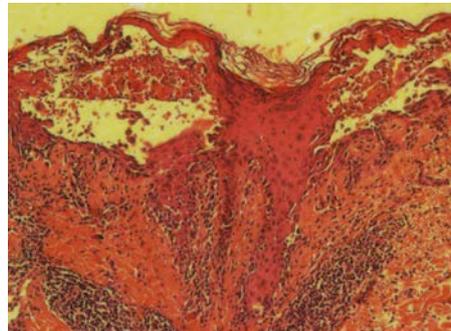


Рис. 5. Диффузный акантолиз при герпетическом поражении кожи

Рис. 4 . Акантоз межсосочковый (увеличение рядов шиповатых клеток): морфологические признаки акантоза

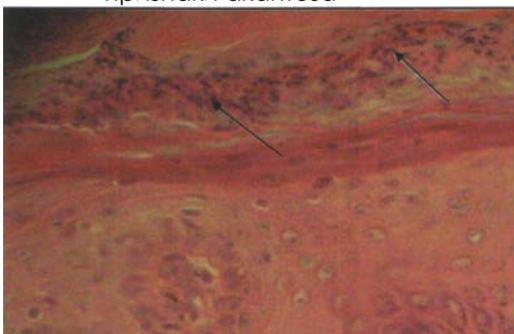


Рис. 6. Микроабсцесс Мунро-Копытовского (псориаз). Клеточный состав – преимущественно нейтрофилы

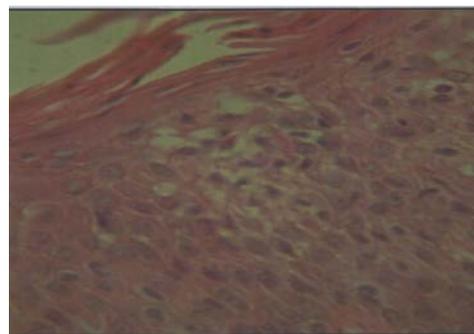


Рис. 7. Спонгиоз (Расширение межклеточных пространств в шиповатом слое)

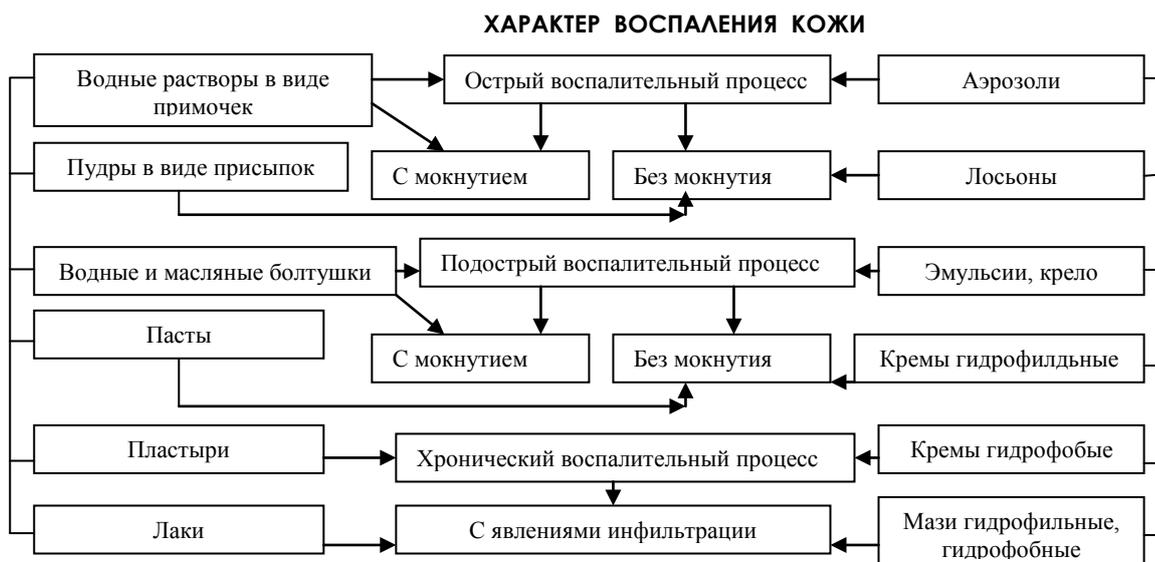


Рис. 8. Основные разновидности лекарственных форм и их клиническое применение

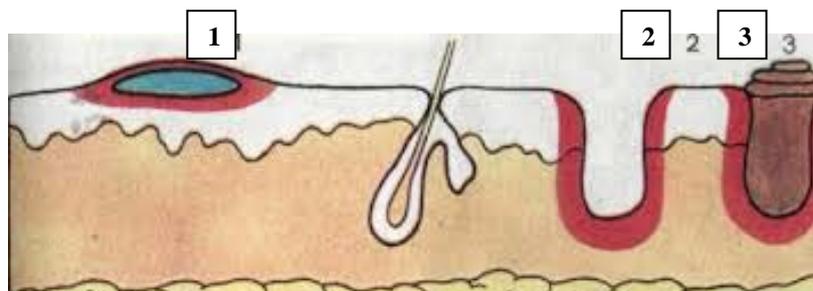


Рис. 9. Стрептодермии: 1- импетиг (фликтена), 2-эктима, 3- рупия (эктима, покрытая устрицеобразной коркой)



Рис. 10. Стрептококковое импетиг



Рис. 11. Хроническая диффузная стрептодермия

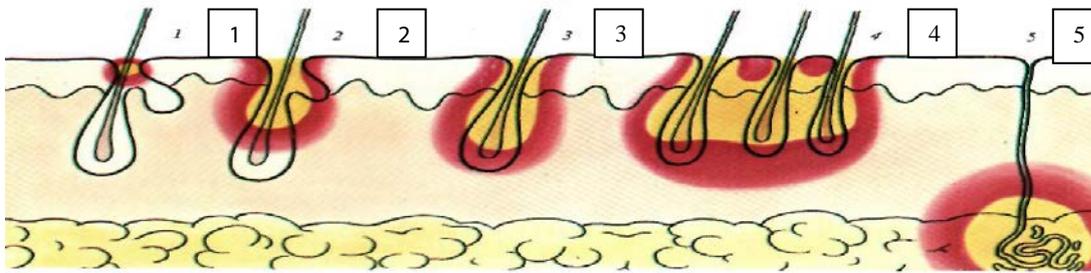


Рис. 12. Стафилодермии: 1 – остиофолликулит, 2 – фолликулит, 3 – фурункул, 4 – карбункул, 5 – гидраденит



Рис. 13. Фолликулиты



Рис. 14. Сикоз



Рис. 15. Скрофулодерма – вторичное поражение, исходящее из туберкулезного лимфаденита, костного (фаланги большого пальца) туберкулезного процесса



Рис. 16. Лепра. Мутиляции верхних конечностей



Рис. 17. Лейшманиома на лице



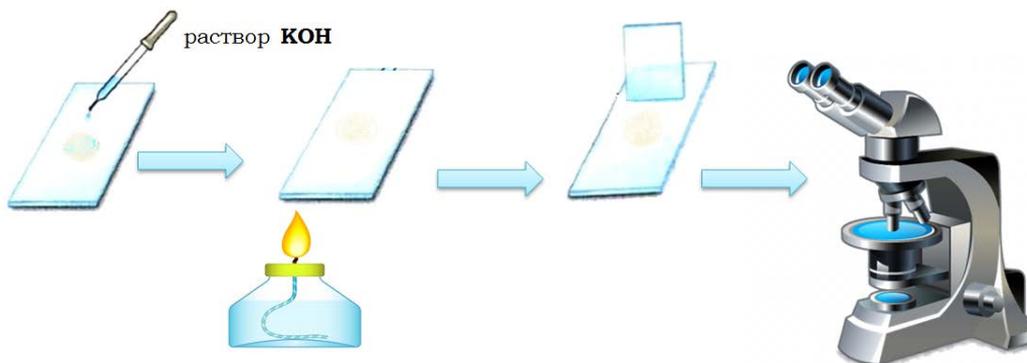
Рис. 18. Типичная локализация чесотки



Рис. 19. Чесоточные эктимы на половом члене, локтевом сгибе



Посев биологического материала



Приготовление нативных препаратов: КОН-тест



Взятие патологического материяала с гладкой кожи, слизистой полости рта и ногтевой пластины

Рис. 20. Рабочее место миколога и забор материала



Рис. 22. Микроспория: очаг на волосистой части головы



Рис. 21. Тотальное поражение ногтевых пластинок: онихомикоз стоп



Рис 23. Кандидозные поражения слизистой полости рта, языка

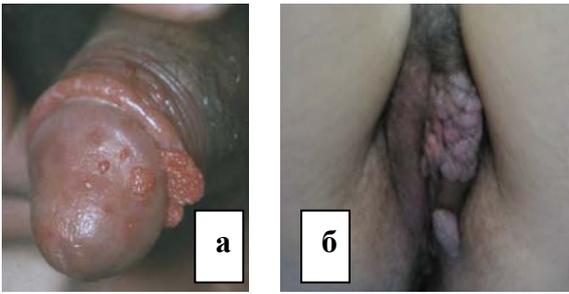


Рис. 24. Остроконечные кондиломы: на крайней плоти, головке (а), гигантская кондилома Бушке-Левенштейна (б)



Рис. 25. Контагиозный моллюск на половом члене, подбородке



Рис. 26. Токсидермия (медикаментозная)

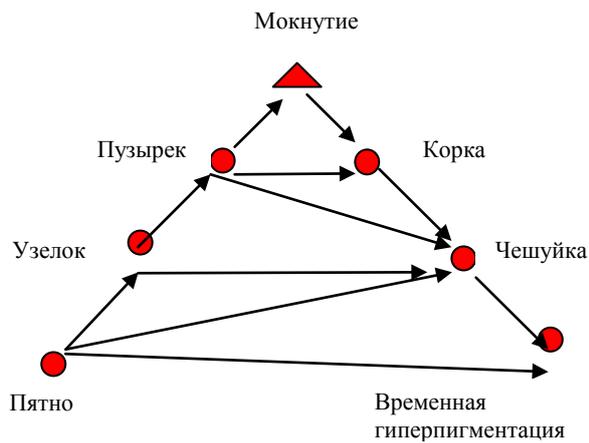


Рис. 27. Схема экзематозного процесса

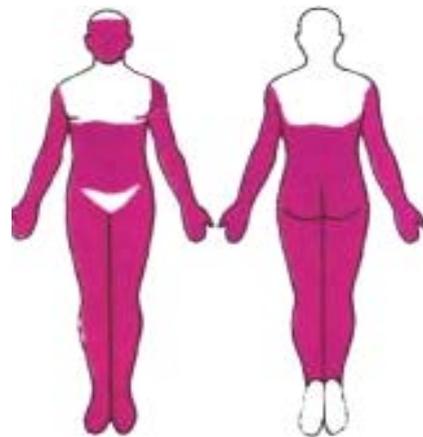


Рис. 28. Типичная локализация истинной экземы

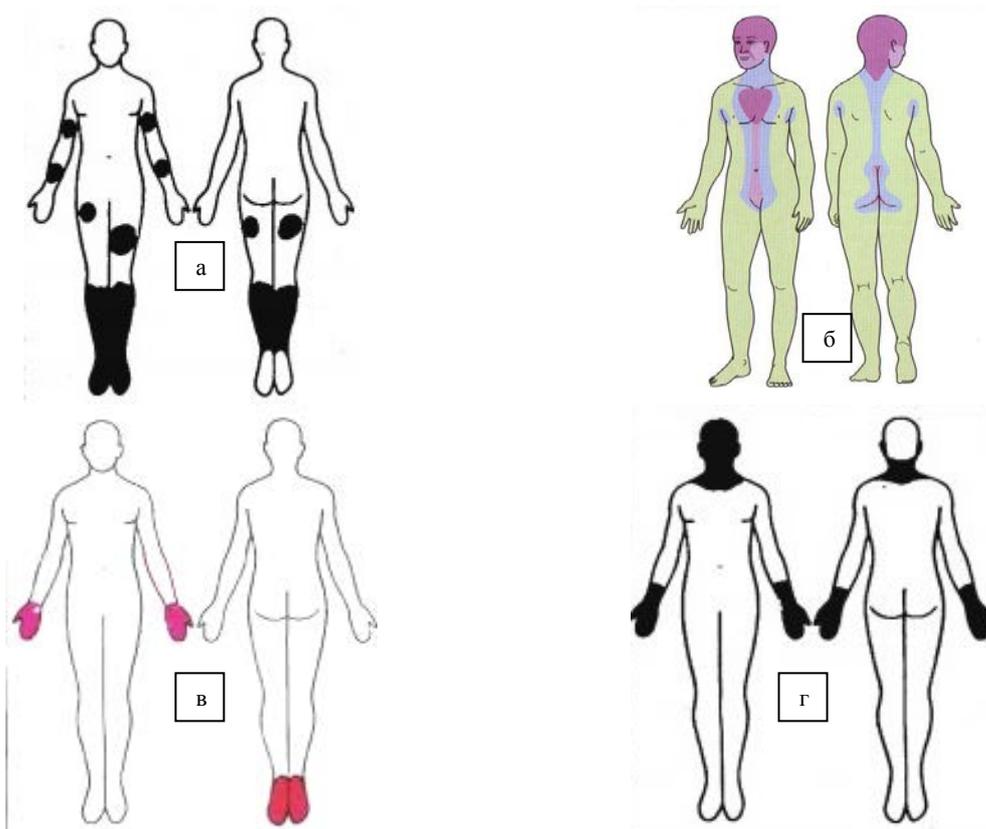


Рис. 29. Типичная локализация экземы: а – микробная, б – себорейная, в – дисгидротическая, г – профессиональная

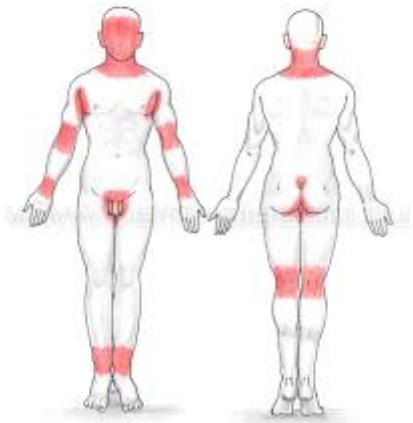


Рис. 30. Типичная локализация атопического дерматита



Рис. 31. Ограниченный нейродермит



Рис. 32. Схема патогенеза и терапии псориаза



Рис. 33. Псориазные бляшки



Рис. 34. Типичная локализация псориаза

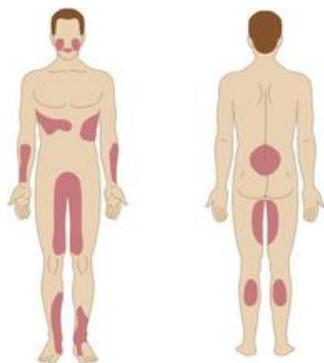


Рис. 35. Типичная локализация красного плоского лишая



Рис. 37. Ринофима



Рис. 39. Меланома узловая



Рис. 40. Спиноцеллюлярная эпителиома нижней губы



Рис. 41. Саркома Капоши



Рис. 36. Типичная локализация многоформной экссудативной эритемы (МЭЭ): слизистые оболочки полости рта (а), гениталий, конечности (б)



Рис. 38. Гнездная алопеция



Учебное издание

Козин Владимир Михайлович
Козина Юлия Владимировна

КЛИНИЧЕСКАЯ ДЕРМАТОЛОГИЯ

Учебно-методическое пособие

Редактор В.М. Козин
Компьютерная верстка и оформление Е.В. Изофатовой

Подписано в печать 18.11.2020 г. Формат бумаги 64x84¹/₁₆
Бумага типографская №2, Гарнитура ТАЙМС.
Усл. изд. л. 22,75. Усл. печ. л. 21,12.
Заказ № 729. Тираж 125.

Издатель и полиграфическое исполнение
УО «Витебский государственный
ордена Дружбы народов медицинский университет»
ЛП № 02330/453 от 20.03. 2020 г.
пр-т. Фрунзе, 27, 210602, г. Витебск