

Т.В. Соколова, В.В. Гладько, Л.А. Сафонова

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Справочник для врачей

*Под редакцией профессора кафедры кожных
и венерических болезней с курсом косметологии
Медицинского института усовершенствования врачей
Федерального государственного бюджетного образовательного
учреждения высшего профессионального образования
«Московский государственный университет пищевых производств»
доктора медицинских наук Т.В. Соколовой*

3-е издание, дополненное и переработанное



Медицинское информационное агентство
Москва
2016

УДК 616.5:616.97(035)
ББК 55.8я2
С59

Авторы

Соколова Т.В. — доктор медицинских наук, профессор кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП.

Гладько В.В. — доктор медицинских наук, директор МИУВ, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП.

Сафонова Л.А. — кандидат медицинских наук, доцент кафедры кожных и венерических болезней с курсом косметологии МИУВ ФГБОУ ВПО МГУПП.

Соколова Т.В.

С59 Практические навыки в дерматовенерологии: Справочник для врачей / Т.В. Соколова, В.В. Гладько, Л.А. Сафонова; под ред. Т.В. Соколовой. — 3-е изд., доп. и перераб. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. — 176 с.: ил.

ISBN 978-5-9986-0254-2

Справочник посвящен описанию практических навыков, которыми должен владеть дерматовенеролог. Эти навыки потребуются врачу во время первичного обследования больного, а также в процессе лечения пациента и диспансерного наблюдения за ним. Особое внимание уделено оформлению истории болезни. Дано подробное описание диагностических симптомов различных дерматозов и венерических заболеваний. Акцент на их выявлении уже при первичном осмотре пациента помогает поставить правильный диагноз. Детально описаны методы обследования кожных и венерических больных. Отличительной особенностью данного издания является акцент на принципы наружной терапии дерматозов различного генеза. В соответствии с современными требованиями наряду с торговыми названиями приведены международные непатентованные названия препаратов. Обобщены индексы, позволяющие объективно оценивать степень тяжести некоторых дерматозов.

Для дерматологов, широкого круга врачей практического здравоохранения, ординаторов, интернов, студентов медицинских вузов.

УДК 616.5:616.97(035)
ББК 55.8я2

ISBN 978-5-9986-0254-2

© Соколова Т.В., Гладько В.В., Сафонова Л.А., 2016

© Оформление. ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в какой-либо форме без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Содержание

<i>Предисловие</i>	6
1. <i>Цели и задачи специальности «Кожные и венерические болезни» (14.01.10)</i> ...	8
2. <i>План обследования больного дерматовенерологического профиля</i>	12
3. <i>Характеристика морфологических элементов</i>	31
3.1. Первичные морфологические элементы.....	32
3.2. Вторичные морфологические элементы.....	37
4. <i>Патоморфологические изменения кожи</i>	40
4.1. Патоморфологические изменения эпидермиса.....	41
4.2. Патоморфологические изменения дермы и гиподермы.....	43
5. <i>Симптомы дерматозов</i>	45
5.1. Алопеция очаговая.....	45
5.2. Амилоидоз.....	45
5.3. Атрофия кожи.....	46
5.4. Волчанка красная.....	46
5.5. Волчанка туберкулезная.....	46
5.6. Дерматит атопический.....	47
5.7. Дерматомиозит.....	48
5.8. Крапивница пигментная (мастоцитоз).....	48
5.9. Лейшманиоз кожный.....	48
5.10. Лейкемиды.....	49
5.11. Лишай красный волосистой.....	49
5.12. Лишай красный плоский.....	49
5.13. Лепра.....	50
5.14. Лишай отрубевидный.....	50
5.15. Микоз грибовидный.....	51

5.16.	Парапсориаз	51
5.17.	Пиодермия язвенная	51
5.18.	Псориаз вульгарный	52
5.19.	Пузырчатка вульгарная	52
5.20.	Саркоидоз	53
5.21.	Сикоз вульгарный	53
5.22.	Трихофития инфильтративно-нагноительная	53
5.23.	Туберкулез бородавчатый	54
5.24.	Туберкулез кожи и слизистых оболочек язвенный	54
5.25.	Чесотка	54
5.26.	Эпидермолиз острый токсический (синдром Лайелла)	54
5.27.	Эритема центрострежная	55
6.	<i>Симптомы сифилиса</i>	56
7.	<i>Методы обследования больных дерматозами</i>	59
7.1.	Аллергодерматозы (атопический дерматит, экземы, крапивница, почесуха и др.)	59
7.2.	Болезнь Боровского (кожный лейшманиоз)	61
7.3.	Болезнь Дарье	61
7.4.	Витилиго	62
7.5.	Красная волчанка	62
7.6.	Дерматит атопический	63
7.7.	Герпетиформный дерматит Дюринга	63
7.8.	Крапивница	64
7.9.	Лепра	64
7.10.	Лишай красный плоский	65
7.11.	Лишай отрубевидный (разноцветный)	66
7.12.	Микроспория	66
7.13.	Нейрофиброматоз (нейроглиоматоз, болезнь Реклингхаузена)	66
7.14.	Порфирия поздняя	67
7.15.	Пузырчатка вульгарная	67
7.16.	Себорея жирная	68
7.17.	Туберкулезная волчанка	68
7.18.	Чесотка	68
7.19.	Хейлит эксфолиативный	70
7.20.	Эритразма	70
8.	<i>Методы обследования больных с инфекциями, передающимися половым путем (ИППП)</i>	71
9.	<i>Гистологический метод диагностики</i>	83
10.	<i>Наружная терапия дерматозов</i>	85
10.1.	Принципы наружной терапии	85
10.2.	Фармакодинамические свойства лекарств	87

10.3.	Классификация наружных средств по механизму действия.....	88
10.4.	Критерии выбора наружных препаратов	100
10.5.	Лекарственные формы для наружной терапии дерматозов.....	101
10.6.	Средства и методы дезинфекции при микозах стоп.....	111
10.7.	Топические кортикостероиды (ТКС)	114
10.8.	Средства ухода за кожей (эмоленты).....	132
10.9.	Правила выписывания рецептов больному	141
11.	<i>Индексы оценки тяжести дерматозов.....</i>	<i>143</i>
11.1.	Атопический дерматит.....	143
11.2.	Псориаз	150
11.3.	Онихомикоз.....	151
11.4.	Акне	157
11.5.	Простой герпес.....	164
	<i>Литература</i>	<i>168</i>

ПРЕДИСЛОВИЕ

Опытному клиницисту хорошо известно, что самым важным этапом работы с больным является постановка правильного диагноза. От этого зависят последующее лечение и реабилитация больных. Нередко от момента обращения больного к врачу до постановки правильного диагноза проходит достаточно много времени. Этот период определяется, в первую очередь, квалификацией врача, его умением анализировать сведения, полученные о больном, проводить дифференциальный диагноз и аналогию с подобными случаями из практики. Нередко правильно собранный анамнез, детальный осмотр кожного покрова и слизистых оболочек, дифференцированный отбор характерных симптомов и использование при этом ряда диагностических приемов позволяют поставить диагноз уже при первичном приеме больного. Лабораторные, функциональные, патоморфологические методы диагностики в этом случае лишь придают большую объективизацию диагнозу. В связи с этим приобретение практических навыков является важной составляющей квалифицированного специалиста. Не секрет, что их освоение начинается со студенческой скамьи и продолжается в течение всей трудовой деятельности врача.

Предлагаемый врачам справочник является существенным дополнением к уже имеющимся учебникам, руководствам, пособиям, атласам по дерматовенерологии. Его основная цель — обобщение и описание различных диагностических симптомов, тестов и методов обследования больных с кожными и венерическими заболе-

ваниями, а также мотивация выбора правильной тактики лечения с учетом особенностей клиники заболевания и механизма действия наружных лекарственных средств. Не случайно справочник начинается перечнем практических навыков, которыми должен владеть каждый врач-дерматовенеролог, приступающий к самостоятельной деятельности. Справочник нацелен на выработку у врачей последовательности, логичности и глубины клинического мышления в процессе обследования, лечения больного и диспансерного наблюдения. Он регламентирован образовательно-профессиональной типовой программой по специальности «Кожные и венерические болезни» (Москва, 1996).

Имея опыт работы в системе профессионального последиplomного образования, авторы убедились, что профессионализм дерматовенерологов складывается из многих составляющих: индивидуальных способностей, базовой подготовки, стажа работы, желания постоянно работать с литературой и умения вычленил из нее основной материал, умения вычленил необходимые для работы данные из докладов на научных конференциях, съездах, конгрессах и т.п. В связи с этим особенностью данной монографии является обобщение материала, являющегося, по сути дела, постулатами дерматовенерологии — план обследования больного, диагностические симптомы и тесты в дерматологии и венерологии, индексы оценки степени тяжести патологического процесса при ряде дерматозов, описание первичных и вторичных морфологических элементов, принципов наружной терапии дерматозов и т.п. При подготовке справочника использованы Федеральные государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования по специальности «Лечебное дело», утвержденные Министерством образования и науки РФ 08.11.2010.

Авторы надеются, что справочник будет полезен широкому кругу врачей практического здравоохранения, студентам, ординаторам, интернам. Будем искренне признательны за критические замечания в адрес данной работы.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ» (14.01.10)

Цель — овладение знаниями дисциплины «кожные и венерические болезни»: принципами клинической, инструментальной и лабораторной диагностики, основами лечения и профилактики кожных и венерических болезней.

Задачами дисциплины являются:

- ◆ приобрести знания о кожных и венерических заболеваниях;
- ◆ освоить навыки диагностики дерматозов различного генеза и инфекций, передающихся половым путем;
- ◆ освоить современные классификации кожных и венерических болезней;
- ◆ уметь определять тяжесть течения заболевания, вычленять диагностически значимые симптомы и синдромы болезни;
- ◆ усвоить систему практических навыков для составления алгоритмов дифференциальной диагностики в клинической практике;
- ◆ освоить полный объем лечебных, реабилитационных и профилактических мероприятий при кожных и венерических заболеваниях;
- ◆ уметь оказать первую врачебную помощь при возникновении неотложных состояний;
- ◆ использовать при выборе тактики лечения кожных и венерических заболеваний современные методы оказания

- медицинской помощи, регламентированные утвержденными стандартами;
- ◆ правильно заполнять все виды закрепленной законодательно медицинской документации (истории болезни, амбулаторные карты листки нетрудоспособности, статистические талоны и т.д.);
 - ◆ совершенствовать навыки работы с периодическими медицинскими изданиями, научной литературой и т.п.;
 - ◆ соблюдать принципы врачебной этики и медицинской деонтологии при общении с больными и коллегами.

Приступая к самостоятельной врачебной деятельности, имея сертификат специалиста дерматовенеролога, врач должен владеть многими *практическими навыками*.

- ◆ Методикой опроса, осмотра больного и оформлением истории болезни.
- ◆ Составлением плана обследования больного.
- ◆ Умением оценить и проанализировать данные клинических, иммунологических и биохимических лабораторных исследований.
- ◆ Оказывать неотложную помощь больным при анафилактическом шоке.
- ◆ Уметь устанавливать и запускать трансфузионные системы для внутривенного введения лекарственных растворов, крови, плазмы и кровезаменителей.
- ◆ Проводить исследование волос, чешуек, ногтей на патогенные грибы.
- ◆ Выполнять пробу с настойкой йода на скрытое шелушение.
- ◆ Проводить осмотр больного в лучах лампы Вуда и оценивать результаты свечения при различных поверхностных микозах и псевдомикозах кожи.
- ◆ Владеть методиками дезинфекции обуви при микозах стоп.
- ◆ Владеть методиками обнаружения чесоточного клеща (извлечение иглой, соскоб с использованием молочной кислоты, микроскопирование препаратов с целью выявления различных паразитарных элементов — самка, самец, нимфы, личинки, яйца, опустевшие яйцевые оболочки).
- ◆ Овладеть методом дерматоскопии и использовать его при диагностике дерматозов различного генеза.

- ◆ Знать количественную оценку численности популяции клеща *Demodex folliculorum* (волосяной железницы) в норме и патологии, уметь выполнять забор материала.
- ◆ Владеть методикой постановки аллергических кожных проб.
- ◆ Выполнять феномен Никольского в трех разновидностях.
- ◆ Воспроизводить феномен Ауспитца (псориатическая триада).
- ◆ Воспроизводить феномен «яблочного желе» — методы диа-скопии или витропрессии.
- ◆ Уметь использовать симптом «зонда» А.И. Поспелова.
- ◆ Воспроизводить феномен «дамского каблука».
- ◆ Проводить исследование тепловой, холодовой, тактильной, болевой чувствительности.
- ◆ Осуществлять забор патологического материала из очага поражения для микробиологического посева на питательные среды с целью определения этиологического фактора и получения результатов антибиотикограммы.
- ◆ Проводить пробу Ядассона.
- ◆ Осуществлять забор материала с кожи и слизистых оболочек для исследования мазков-отпечатков на клетки Тцанка.
- ◆ Владеть методикой забора биоптатов кожи для выполнения гистологического исследования.
- ◆ Иметь представление об основных патоморфологических изменениях в коже для оценки результатов гистологического исследования.
- ◆ Владеть методиками подкожных, внутрикожных, внутримышечных, внутривенных инъекций лекарственных препаратов.
- ◆ Освоить методику спинномозговой пункции.
- ◆ Освоить методики использования наружных лекарственных препаратов: примочки, компрессы, влажно-высыхающие и окклюзионные повязки, туширование и т.п.
- ◆ Осуществлять обработку язвенных и гнойных дефектов кожи и накладывать повязки.
- ◆ Определять биодозы УФО.
- ◆ Владеть методикой криотерапия жидким азотом и снегом угольной кислоты.
- ◆ Уметь профессионально выписывать рецепты на лекарственные средства, применяемые в дерматовенерологии,

с использованием международных непатентованных названий препаратов (МНН).

- ◆ Проводить массаж уретры на прямом буже.
- ◆ Освоить технику введения изогнутого бужа.
- ◆ Проводить катетеризацию мочевого пузыря при острой задержке мочи.
- ◆ Проводить исследование и массаж предстательной железы и семенных пузырьков.
- ◆ Овладеть методикой взятия секрета предстательной железы и семенных пузырьков.
- ◆ Выполнять инстилляцию лекарственных веществ в уретру.
- ◆ Овладеть методом уретроскопии и лечебных тампонад.
- ◆ Осуществлять забор материала для приготовления мазков с целью выявления возбудителей инфекций, передаваемых половым путем.
- ◆ Уметь готовить нативные препараты для исследования на трихомонады.
- ◆ Овладеть методикой забора патологического материала из различных очагов поражения для исследования на хламидии, микоплазмы, гарднереллы.
- ◆ Уметь проводить исследование отделяемого из первичных и вторичных сифилидов на бледную трепонему.
- ◆ Освоить методику пункции «сифилитического бубона».
- ◆ Знать методики постановки серологических тестов для диагностики сифилиса — микрореакция, РПГА, КСР, РИБТ, РИФ.
- ◆ Знать порядок оформления экстренных извещений, больничных листов, санаторно-курортных карт, направлений больных на ВКК, медицинской документации на ВТЭК.
- ◆ Уметь планировать противоэпидемические мероприятия в очагах чесотки, педикулеза, сифилиса и т.п.
- ◆ Принимать участие в составлении годового отчета отделения или кабинета.
- ◆ Знать порядок оформления документации для страховой компании.
- ◆ Знать основы методов физиотерапевтического лечения.
- ◆ Уметь оказывать первую экстренную помощь при острой остановке сердца, в том числе с проведение прямого массажа сердца.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНОГО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

История болезни является основным юридическим документом, отражающим состояние здоровья больного в динамике, последовательность обследования больного, выбор тактики лечения и его коррекцию, динамику клинических проявлений в процессе терапии, ее переносимость и эффективность, рекомендации при диспансерном наблюдении и т.п. История болезни больного универсальна и содержит следующие разделы:

1. Паспортная часть.
2. Жалобы больного.
3. История настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*).
4. История жизни больного (*Anamnesis vitae*).
5. Объективные данные (*Status praesens objectives*).
6. Дерматологический статус (*Status localis*).
7. Предварительный диагноз (без обоснования).
8. План обследования больного.
9. Данные лабораторных исследований и заключения консультантов.
10. Дифференциальный диагноз (проводится с 2–3 заболеваниями).
11. Клинический диагноз (с обоснованием).
12. Лечение данного больного.
13. Дневник наблюдения за больным в процессе лечения.
14. Эпикриз.

Паспортная часть включает следующие разделы.

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Пол.
3. Возраст (дата рождения).
4. Семейное положение (замужем, женат, холост, разведен, вдовец).
5. Образование (начальное, среднее, среднее специальное, незаконченное высшее, высшее и т.д.).
6. Профессия.
7. Место работы.
8. Домашний адрес.
9. Дата поступления в стационар.
10. Дата выписки из стационара.
11. Диагноз лечебно-профилактического учреждения, направившего больного.
12. Диагноз при поступлении в лечебно-профилактическое учреждение.
13. Клинический диагноз:
 - основной;
 - сопутствующие заболевания;
 - осложнения.
14. Исход болезни (выздоровление, улучшение, без изменения).
15. Число проведенных в стационаре койко-дней.

Жалобы больного. Первоначально выясняются жалобы, относящиеся к кожному заболеванию, послужившему причиной обращения к врачу или госпитализации в стационар, затем сопутствующие другой органопатологии.

Основными жалобами больных являются наличие высыпаний на коже и слизистых оболочках, зуд, боль, жжение, парестезии. Весьма существенно выяснить характер зуда: постоянный или приступообразный, его суточную динамику (преобладание в дневное или вечернее время), интенсивность (слабый, умеренный, сильный, биопсирующий). Для некоторых заболеваний характерна боль в области очага поражения (острая, тупая, постоянная, периодическая). Заболевание может сопровождаться повышением температуры тела, потливостью, ознобом, вялостью, слабостью, головной болью и т.п. Нередки жалобы на бессонницу, раздражительность, утомляемость, плаксивость, быструю смену настроения. Некоторые больные акцентируют внимание на изменение цвета кожи,

ее сухость, выпадение волос, изменение формы, цвета, толщины ногтевых пластинок. Если обследуемый — ребенок, то сведения собираются у родителей.

История настоящего заболевания (*Anamnesis morbi*). Выясняется давность заболевания, место и характер первых высыпаний, динамика их распространения на коже, эволюция в процессе разрешения. Анализируется последовательность вовлечения в процесс кожи, слизистых оболочек, лимфатических узлов, волос, суставов, ногтей и других органов и систем. Устанавливается причина заболевания (по мнению больного и по результатам предшествующих обследований у специалистов). Способствовать заболеванию могут различные экзогенные и эндогенные факторы.

К *экзогенным* факторам относятся механические (давление, трение, растяжение, ушибы и др.), физические (действие высоких и низких температур, электрического тока, ультрафиолетовое и радиационное излучение и др.), химические (облигатные раздражители и аллергены), инфекционные агенты (бактерии, вирусы, патогенные грибы, простейшие, паразиты и др.).

Диапазон *эндогенных* факторов достаточно широк. Это функциональные нарушения периферической и центральной нервной системы, эндокринные заболевания, патология обмена веществ, гипо- и авитаминозы, сосудистые нарушения и заболевания крови, интоксикации, сопутствующие соматические и онкологические заболевания и др. Выясняется частота обострений кожного процесса, связь их с теми или иными факторами, длительности ремиссий. Обращается внимание на сезонность процесса. Обязательно указывается наличие или отсутствие подобных заболеваний у членов семьи или ближайших родственников. Описывается предшествовавшее лечение (амбулаторное или стационарное — медикаментозное, физиотерапевтическое, санаторно-курортное), его эффективность, переносимость. Уточняется, состоит ли больной на диспансерном учете у дерматолога или у другого специалиста и получал ли в прошлом курсы противорецидивной терапии.

Если обследуемый больной имеет инфекционное, паразитарное или венерическое заболевание, то выясняются источник заражения и лица, бывшие в контакте с пациентом, время предполагаемого заражения, степень контакта (прямой или непрямой), очаги (семья, организованный коллектив, их численность).

Если есть подозрение на аллергический характер заболевания, то подробно собирается аллергологический анамнез. В первую

очередь выясняются возможные аллергены. Они могут быть неинфекционными (пищевыми, пыльцевыми, бытовыми, эпидермальными, медикаментозными, промышленными) и инфекционными (бактериальными, вирусными, грибковыми, протозойными, паразитарными). Аллергены могут быть как первопричиной заболевания, так и триггером, вызывающим его последующие рецидивы. Желательно установить период перехода моновалентной сенсибилизации в поливалентную. Отмечаются реакции на введение вакцин и сывороток, медикаментов (каких, когда).

Оценивается влияние на кожу косметических средств, переносимость холодной и горячей воды. Обращается внимание на обострение заболевания в результате нервно-психического стресса, воздействия метеорологических факторов (инсоляция, ветер, влажность и т.д.). Устанавливается связь заболевания с менструацией, беременностью. Выясняют увлечения больного или «хобби» — фотография, чеканка, аквариумное рыбоводство, цветоводство и др., наличие профессиональных вредностей. Акцентируется внимание на наличие очагов хронической инфекции (отит, тонзиллит, гайморит, кариозные зубы и т.д.).

Обязательно анализируются и кратко регистрируются результаты проводимых ранее лабораторных исследований и консультаций специалистов. Оценивается их динамика в процессе той или иной терапии.

История жизни больного (*Anamnesis vitae*). При ряде дерматозов имеет значение правильно собранный акушерский анамнез. Врач выясняет, каким ребенком по счету в семье является больной, чем у матери закончились предыдущие беременности (дети, аборт, выкидыш, мертворождение), был ли у нее токсикоз в I или II половине беременности, угроза ее прерывания. Существенно выяснить, какие заболевания, операции, патологические состояния (кровотечение, резус-конфликт, отслойка плодного яйца) наблюдались у матери во время беременности. Среди заболеваний особое значение имеют гепатит, сифилис, ВИЧ-инфекция, простой герпес, цитомегаловирусная инфекция, краснуха, анемия, урогенитальный кандидоз, хламидиоз, глистные инвазии и др. Следует уточнить, получала ли мать в период вынашивания ребенка медикаментозное лечение, подвергалась стрессам, воздействию профессиональных вредностей. Особое значение имеют курение, употребление алкоголя и наркотиков. В ряде случаев приходится принимать во внимание и течение родов — физиологическое или патологиче-

ское. Значение имеют преждевременное излитие околоплодных вод, слабость родовой деятельности, стремительные роды, пособия в родах (наложение акушерских щипцов, вакуум-экстрактора), оперативные вмешательства.

Важно отметить, как родился ребенок — естественным путем или с помощью кесарева сечения, в срок или преждевременно, доношенным или недоношенным. Закричал сразу или нет. Наблюдались ли признаки асфиксии (цианоз, гипотонус мышц, слабый крик, вялые рефлексы). На каком вскармливании находился ребенок — естественном, смешанном или искусственном.

Оценивается, как протекало развитие больного в детстве, как он учился, сколько классов закончил. Значение имеют и условия жизни больного — бытовые, характер питания, моральный климат в семье. Особый акцент делается на заболевания, травмы, операции, интоксикации, перенесенные на всех этапах жизненного пути больного. В истории болезни обязательно указывается, болел ли пациент венерическими заболеваниями, гепатитом, туберкулезом, психическими заболеваниями, гельминтозами. Является ли ВИЧ-инфицированным. Отрицательные сведения также фиксируются в истории болезни. Обращается внимание на переносимость лекарственных препаратов. Подробно описываются имевшие место ранее реакции на лекарственные препараты, применяемые внутрь и наружно, — анафилактический шок, медикаментозная токсикодермия, крапивница, аллергический контактный дерматит, тошнота, рвота, озноб, головокружение и т.д. Данные о непереносимости лекарственных препаратов выносятся на титульный лист истории болезни и выделяются (цветным карандашом или маркером).

Обращается внимание на период наступления полового созревания. Выясняется время появления вторичных половых признаков, у женщин — время начала менструаций, их характер. Желательно уточнить, когда больной начал половую жизнь. Далее собирается семейный анамнез: семейное положение, возраст вступления в брак, состав семьи, возраст детей. У женщин нередко имеет значение гинекологический анамнез (число беременностей, как они закончились, гинекологические заболевания). Необходимо отразить начало трудовой деятельности, общий стаж работы, профессиональные вредности. Обязательно отмечаются вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков).

Объективные данные (*Status praesens objectives*). Обследование проводится по общим правилам, принятым в соматических стационарах.

- ◆ Общее состояние больного (хорошее, удовлетворительное, тяжелое).
- ◆ Положение больного (активное, пассивное, вынужденное).
- ◆ Характер температуры (нормальная, субфебрильная, умеренно-лихорадочная, высоколихорадочная). Сопровождается ли температура свежими высыпаниями.
- ◆ Сознание (ясное, затемненное).
- ◆ Лимфатические узлы. Оцениваются величина, консистенция, болезненность, спаянность между собой и с кожей, наличие изъязвлений.
- ◆ Мышцы. Болезненность при пальпации, движении, наличие уплотнений, атрофии.
- ◆ Суставы. Болезненность в покое, при движении и пальпации. Форма, размеры, объем движений.
- ◆ Кости. Ночные боли, искривления, утолщения.
- ◆ Органы дыхания.
- ◆ Сердечно-сосудистая система.
- ◆ Органы пищеварения.
- ◆ Мочеполовая система.
- ◆ Эндокринная система.

Дерматологический статус (*Status localis*). Описание дерматологического статуса больного требует соблюдения нескольких правил:

- ◆ осмотр кожного покрова и слизистых оболочек должен проводиться при достаточном освещении, лучше естественном;
- ◆ для осмотра слизистой оболочки полости рта рекомендуется применять яркий, направленный электрический свет и использовать деревянный шпатель, с помощью которого хорошо удается осушить от слюны осматриваемые участки слизистой оболочки рта;
- ◆ температура в помещении не должна быть меньше 20 °С; охлаждение кожи способствует диагностическим ошибкам за счет спазма сосудов («мраморная кожа») или сокращения мышц, поднимающих волосы («гусиная кожа»);
- ◆ осматривают обязательно весь кожный покров и слизистые оболочки.

Первоначально оценивается состояние внешне неизменных участков кожного покрова, затем описывается очаг поражения.

Необходимо определить цвет кожи — нормальный, розовый, гиперемированный, землистый, желтушный, цианотичный. Отметить наличие де- и гиперпигментаций с указанием локализации, где эти изменения наиболее выражены. Оценивают эластичность, тургор, гидратацию (нормальная, сухая, влажная) кожи.

Важно научиться осматривать всю сыпь в целом, обращая внимание на ряд характерных для данного дерматоза признаков. В первую очередь оценивается характер высыпаний (воспалительные или невоспалительные), их симметричность, распространенность процесса, который может быть ограниченным, диссеминированным, генерализованным, универсальным (эритродермия). Далее подробно описываются места локализации сыпи на теле больного, при необходимости отмечается пораженность открытых или закрытых участков кожного покрова, расположение сыпи вокруг естественных отверстий, по ходу нервов и т.д.

Наиболее ответственным моментом является идентификация первичных и вторичных морфологических элементов и правильное описание их клинических характеристик. В первую очередь необходимо определить характер сыпи — *мономорфная* или *полиморфная*. Затем в порядке значимости описываются все морфологические элементы. Сначала первичные (пятна, папулы, пузырьки, везикулы, пустулы, узлы и др.), затем вторичные (чешуйки, язвы, трещины, вегетации и др.).

Характеристика морфологических элементов имеет несколько критериев. В первую очередь обращается внимание на их *цвет*. Опытный дерматолог различает не только цвет элементов, но и оттенки окраски. Высыпания могут быть цвета нормальной кожи, розовые, синюшные, фиолетовые, опаловые и т.д. Далее уточняются *размеры* высыпаний. Так, папулы могут быть милиарными, лентикулярными, нуммулярными и в виде бляшек; чешуйки — муковидными, отрубевидными, пластинчатыми, листовидными. Размер большинства морфологических элементов указывается в миллиметрах. Оценивают *границы* высыпаний (четкие, нечеткие), их *форму* (плоские, полушаровидные, конусовидные, с пупкообразным вдавлением), *очертания* (округлые, овальные, полигональные, мелко- или крупнофестончатые), *поверхность* (гладкая, эрозированная, покрыта чешуйками, вегетациями).

При описании полостных морфологических элементов указывается *состояние покрывки* (вялая или напряженная). Определяется *взаимоотношение* морфологических элементов между собой: изолированы друг от друга (фокальное расположение), сгруппированы, сливаются (чаще всего за счет периферического роста).

Для диагностики заболевания большое значение имеют симптомы, *патогномоничные* для него (см. далее). Их наличие или отсутствие у больного обязательно фиксируют в локальном статусе. Весьма существенно, что ряд специальных методов или приемов обследования осуществляется врачом непосредственно при первичном осмотре больного. Полученные данные также отражаются в данном разделе истории болезни. Заканчивается локальный статус описанием *придатков кожи* (волосы, ногти, потовые и сальные железы). Если они не поражены, то это также отмечается в истории болезни.

Предварительный диагноз. Часто жалобы больного, анамнез и клиническая картина заболевания позволяют поставить правильный диагноз. Предварительный диагноз ставится в соответствии с общепринятыми классификациями дерматозов. Для ряда заболеваний указывается стадия процесса, форма заболевания, редкая разновидность, аллергические реакции, сопровождающие дерматоз. Например:

- ◆ Псориаз, прогрессивная (стационарная, регрессивная) стадия, осенне-зимняя (весенне-летняя, внесезонная) форма. Псориатический артрит.
- ◆ Красный плоский лишай. Атрофическая и веррукозная формы.
- ◆ Дерматофития стоп. Онихомикоз. Везико-буллезные эпидермофитиды в области кистей.
- ◆ Бляшечная склеродермия. Стадия индурации и атрофии.
- ◆ Чесотка. Осложнения — вторичная пиодермия (стафилококковое импетиго, остиофолликулиты).
- ◆ Истинная экзема, стадия обострения, течение рецидивирующее.

Обследование больного. Обследование больного в условиях стационара включает комплекс общих и специальных методов.

Общие методы

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Кал на яйца глистов.

4. Рентгеноскопия органов грудной клетки.
5. Обследование на сифилис.

Специальные методы

1. Исследование содержимого пузырей или мазков-отпечатков на акантолитические клетки (клетки Тцанка) или эозинофилы.
2. Исследование сыворотки крови на LE-клетки (клетки красной волчанки).
3. Исследование сыворотки крови на наличие специфических антител к ВПГ₁, ВПГ₂ (вирус простого герпеса), ЦМВ (цитомегаловирус), ВИЧ, бледной трепонеме, лямблиям, токсокарам, описторхам, *Helicobacter pylori* и т.д.
4. Постановка кожных аллергических проб (накожные, скарификационные, внутрикожные, интраназальный тест) с различными аллергенами.
5. Внутрикожные тесты со специфическими антигенами (туберкулином, лепромином и др.).
6. Бактериоскопическое исследование на грибы, чесоточного клеща, демодекс, лейшмании, палочки Ганзена, микобактерии туберкулеза, трихомонады, гонококки, бледную трепонему и др.
7. Посев содержимого пустул, чешуек эпидермиса, скарификатов с ногтей, отделяемого зева и носа на флору и чувствительность к антибиотикам.
8. Иммунологические исследования.
9. Молекулярно-биологические методы.
10. Гистологическое исследование биоптата кожи.
11. Иммуногистохимические исследования.

Нередко дерматологу для постановки диагноза приходится решать вопрос о дополнительных методах обследования больного:

- ◆ разнообразные биохимические тесты (сахар крови, ревмотесты, белок и белковые фракции сыворотки крови, креатинин в крови и моче, печеночные тесты, микроэлементы сыворотки крови, гормональный профиль и т.д.);
- ◆ инструментальные методы (эзофагогастроуденоскопия, колоноскопия, ультразвуковое, рентгенологическое исследование, доплерография и др.).

Данные лабораторного обследования и заключения специалистов.

После завершения обследования больного интерпретация полученных результатов из различных лабораторий и кабинетов функ-

циональной диагностики, а также заключений специалистов должны находить отражение в дневниках истории болезни.

Нормативные данные большинства клинических, биохимических, иммунологических и других показателей с учетом используемых тест-систем обычно отражены в бланках анализов. Нередко окончательный диагноз ставится только после проведения диагностической биопсии и заключения патоморфолога. В связи с этим опытный клиницист должен владеть рядом терминов, обозначающих патоморфологические изменения в эпидермисе и дерме.

Дифференциальный диагноз. Дифференциальный диагноз является одним из ключевых разделов диагностики и определяет уровень клинического мышления врача. Проводя его, врач в большинстве случаев пользуется учебной и монографической литературой. Зачастую заболевание у больного приходится дифференцировать с 2–3 дерматозами. Дифференциальный диагноз с каждым заболеванием проводится раздельно.

Первым этапом дифференциального диагноза является обобщение сходных симптомов заболевания, а затем последовательно анализируются отличия по всем разделам: жалобы, данные анамнеза, клиника (морфологические элементы, их характеристики, локализация, дерматологические симптомы), данные лабораторных исследований, особенности течения, результаты пробного лечения и т.д. Как пример можно использовать приводимую ниже иллюстрацию.

Псориаз и красный плоский лишай имеют ряд общих признаков. Оба заболевания могут возникать как результат ряда факторов. Причиной их развития могут быть инфекция, нервно-психический стресс, эндокринные и обменные нарушения, наследственная предрасположенность. В обоих случаях больного беспокоят высыпания на коже конечностей и туловища. Сыпь коже мономорфная, папулезная. Изоморфная реакция (феномен Кебнера) положительная. В процесс могут вовлекаться слизистые оболочки и ногти. Оба заболевания имеют несколько редких (атипичных) форм и рецидивирующее течение.

В то же время между данными заболеваниями имеются существенные отличия. Специальными генетическими исследованиями при псориазе установлен мультифакториальный тип наследования с неполной пенетрантностью генов, в то время как при красном плоском лишае ведущей является токсико-аллергическая теория

(заболевание часто развивается под действием медикаментов, бытовых, производственных, инфекционных аллергенов). Больных с красным плоским лишаем беспокоит мучительный зуд, который при псориазе встречается лишь при экссудативной, интертригинозной и эритродермической формах.

Внешний вид папул при псориазе резко отличается от такового при красном плоском лишае. При псориазе папулы полушаровидной формы, округлых очертаний, розово-красного цвета, по размеру милиарные, лентикулярные, нуммулярные и в виде бляшек, имеют склонность к периферическому росту и слиянию, поверхность покрыта серебристо-белыми, легко снимающимися чешуйками. При поскабливании папул положительна триада симптомов: феномен «стеаринового пятна», терминальной пленки и точечного кровотечения. При красном плоском лишае папулы плоские, полигональные, красно-синюшного или лилового цвета размером до 4 мм, с восковидным блеском (определяется при боковом освещении), пупкообразным вдавлением в центре, с склонностью к группировке. Если смазать папулы растительным маслом или водой, то определяется белесоватая сетка на поверхности (сетка Уикхема). Излюбленными местами локализации папул при псориазе являются разгибательные поверхности конечностей, волосистая часть головы, туловище, а при красном плоском лишае — сгибательные поверхности предплечий, тыльная поверхность кистей и стоп, передняя поверхность голеней, половые органы. Слизистые оболочки при псориазе вовлекаются в процесс значительно реже (до 2%), чем при красном плоском лишае (до 40%). Высыпания на слизистой полости рта при псориазе представлены папулами округлой формы серовато-белой окраски с розовым ободком вокруг и рыхлым белесоватым налетом на поверхности, легко удаляемым шпателем. При красном плоском лишае — мелкими (до 2 мм), округлыми или полигональными папулами, группирующимися или сливающимися между собой в причудливый рисунок, напоминающий кружева, листья папоротника или бляшки.

При псориазе выделяют три формы поражения ногтей: точечную (симптом «наперстка»), гипертрофическую и атрофическую, а при красном плоском лишае преобладает последняя. Выделяют несколько атипичных клинических разновидностей псориаза и красного плоского лишая. Редкими разновидностями псориаза являются экссудативная, эритродермическая, пустулезная, артропатическая, себорейная, рупиоидная, интертригинозная, бородав-

чатая и другие формы. К атипичным формам красного плоского лишая относятся гипертрофическая (веррукозная), атрофическая, пемфигоидная, фолликулярная (остроконечная), пигментная, эритематозная и др. Для псориаза характерна стадийность процесса (прогрессивная, стационарная, регрессивная стадии). Нередко наблюдается сезонность заболевания (весенне-летняя и осенне-зимняя формы). Это не характерно для красного плоского лишая.

Примерный перечень заболеваний, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз, представлен в табл. 1.

Таблица 1

Заболевания для дифференциального диагноза

Заболевание у больного	Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
Атопический дерматит	Аллергический дерматит, токсикодермия, истинная экзема, Т-клеточная лимфома, вульгарный ихтиоз
Аллергический контактный дерматит	Простой контактный дерматит, истинная экзема, токсикодермия, атопический дерматит
Акне	Розацеа, белые угри (милиум), стероидные, бромистые акне, инфильтративно-нагноительная трихофития
Бляшечная склеродермия	Витилиго, недифференцированная форма лепры, склеродермоподобная форма базалиомы
Вульгарное импетиго	Стрептококковое импетиго, импетигиозный сифилис, простой пузырьковый лишай, эпидемическая пузырчатка новорожденных
Вульгарная эктима	Сифилитическая эктима, скрофулодерма, индуративная эритема Базена, трофические язвы
Вульгарный сикоз	Паразитарный сикоз, сикозиформная экзема
Вульгарная пузырчатка	Буллезная форма герпетиформного дерматита Дюринга, буллезная форма многоформной экссудативной эритемы, буллезный пемфигоид, буллезная токсикодермия
Вегетирующая пузырчатка	Вульгарная пузырчатка, лекарственные токсикодермии (йододерма или бромодерма), вторичный рецидивный сифилис (широкие кондиломы)
Герпетиформный дерматит Дюринга	Вульгарная пузырчатка, буллезный пемфигоид, буллезная токсикодермия, буллезная форма многоформной экссудативной эритемы
Дискоидная красная волчанка	Себорейная экзема, фотодерматит, туберкулезная волчанка, розацеа, бугорковый сифилис, себорейная пузырчатка
Истинная экзема	Микробная экзема, атопический дерматит, аллергический контактный дерматит, Т-клеточная лимфома
Красный плоский лишай	Псориаз, лихеноидный парапсориаз, ограниченный нейродермит, лихеноидный туберкулез



Окончание табл. 1

Заболевание у больного	Заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз
Крапивница	Токсикодермия, герпетиформный дерматит Дюринга, уртикарный васкулит, зерновая чесотка, флеботодермия
Микробная экзема	Истинная экзема, ограниченный нейродермит, вульгарное импетиго, псориаз
Многоформная экссудативная эритема	Буллезная токсикодермия, вульгарная пузырчатка, герпетиформный дерматит Дюринга, фиксированная эритема
Опоясывающий герпес	Простой герпес, стрептококковое импетиго, микробная экзема, ветряная оспа, межреберная невралгия, инфаркт миокарда, холецистит
Псориаз	Красный плоский лишай, розовый лишай Жибера, вторичный (папулезный) сифилис, параспсориаз
Чесотка взрослых	Чесотка, псориаз, аллергический васкулит, папулонекротический туберкулез, вторичный рецидивный сифилис
Рубромикоз стоп	Эпидермофития стоп, истинная экзема, ладонно-подошвенный псориаз, кератодермия
Розовый лишай Жибера	Псориаз, красный плоский лишай, токсикодермия, вторичный сифилис, себорейная экзема, поверхностная трихофития гладкой кожи
Розацеа	Акне, аллергический дерматит, периоральный дерматит, дискоидная красная волчанка, фотодерматит
Себорейная экзема	Розовый лишай, дискоидная красная волчанка, себорейная пузырчатка, розацеа
Узловатая эритема	Третичный сифилис, скрофулодерма, индуративная эритема Базена, липома, лепроматозный тип лепры
Хроническая язвенная пиодермия	Третичный сифилис, трофические язвы, индуративная эритема Базена, кожный лейшманиоз
Фурункулез	Гидраденит, карбункул, псевдофурункулез, сифилитическая гумма (третичный сифилис)
Чесотка	Кожный зуд, педикулез, аллергический контактный дерматит, токсикодермия, стафилококковое импетиго, вульгарная эктима
Шанкриформная пиодермия	Первичная сифилома, спиноцеллюлярная эпителиома
Эпидермофития крупных складок	Эритразма, кандидоз крупных складок, рубромикоз крупных складок, интертригинозный псориаз
Эпидермофития стоп	Рубромикоз стоп, дисгидротическая экзема, ладонно-подошвенный псориаз, стафилококковое импетиго

Клинический диагноз (с обоснованием). Обоснование клинического диагноза является завершающим этапом диагностики. Клинический диагноз ставится на основании тщательного анализа

жалоб больного, анамнезов болезни и жизни, данных объективного статуса, лабораторных исследований и проведенного дифференциального диагноза. Обоснование клинического диагноза представляет собой аналитический выбор признаков, свойственных данному заболеванию, группировку их в порядке значимости и формулировку результата.

Примером может служить обоснование клинического диагноза у больного с атопическим дерматитом.

Диагноз атопический дерматит поставлен ребенку 9 лет с учетом жалоб на мучительный зуд, усиливающийся после нервно-психических стрессов, бессонницу, раздражительность, плаксивость, неустойчивость настроения, быструю утомляемость. Заболевание возникло с 4-месячного возраста в момент введения прикорма и расценивалось как экссудативный диатез. Высыпания на коже лица и шеи появились после употребления в пищу цельного коровьего молока, морковного сока. К концу первого года жизни заболевание трактовалось как детская экзема. Получал антигистаминные препараты: хифенадин (фенкарол), цетиризин (зиртек), дезлоратадин (эриус); кромоглициевую кислоту (интал); ферментативные препараты (креон, фестал) наружно — примочки из отвара ромашки, танина, водную взбалтываемую смесь, пасту цинка с АСД фр. III. Длительность ремиссии составляла не более 2–3 месяцев. С двухлетнего возраста высыпания стали локализоваться в области локтевых и коленных сгибов, на задней поверхности шеи, лице. Отмечается резко выраженная поливалентная сенсibilизация. Обострение заболевания наступает от приема пищевых продуктов — цитрусовые, молоко, шоколад, яйца, орехи. Установлена связь обострений с бытовыми (домашняя пыль), пыльцевыми (амброзия, луговые травы), медикаментозными (пенициллин, ампиокс, вакцинация АКДС) аллергенами. Состоит на диспансерном учете у детского дерматолога. С пятилетнего возраста появились приступы удушья, число которых резко возрастает весной в период цветения деревьев и трав. Наблюдается у аллерголога. Лечился амбулаторно, стационарно и в детском кожном санатории им. Семашко в г. Сочи. Улучшение временное, ремиссии не более 3–4 месяцев. Обострение заболевания чаще возникает зимой и весной. Дедушка по материнской линии болен бронхиальной астмой. Из анамнеза жизни установлено, что ребенок от первой беременности, протекавшей с токсикозом в первой половине (тошнота, рвота, повышение АД). Мама в период беременности злоупотребляла пищевыми аллергенами — шоколадом, яйцами. Перенесла тяжелую ангину, по поводу которой получала антибиотики пенициллинового ряда.

У больного имеется типичная для атопического дерматита клиническая картина заболевания. Процесс носит диссеминированный характер. Высыпания локализуются в области локтевых и коленных сгибов, на задней поверхности шеи и представлены лихенификацией, на фоне которой множество кровянистых корочек и линейных расчесов. Вокруг основных очагов множество плоских папул, розового цвета, диаметром до 3 мм. Кожа туловища, конечностей, лица бледная, сухая, шелушится. Имеется типичное «атопическое лицо» — бледность носогубного треугольника, линии Дени—Моргана, симптом псевдо-Хертоге, хейлит, заеды, «усталый взгляд». Выражен стойкий белый дермографизм. Ногти отполированы.

В пользу аллергического генеза заболевания свидетельствуют эозинофилия в общем анализе крови, высокий уровень общего IgE (350 ЕД/мл), в сыворотке крови повышенный уровень специфических IgE-антител к клещам домашней пыли (4,5 КЕ/л), коровьему молоку (12 КЕ/л), белку яйца (11 КЕ/л), которые определены с помощью тест-набора PolyCheck® (Milenia Biotec, Германия). Положительны кожные скарификационные аллергические пробы на пищевые (яйцо, цитрусовые), клещевые (клещи домашней пыли) и пыльцевые (пыльца амброзии, овсяницы, мятлики) аллергены.

Лечение данного заболевания. Этот раздел работы с больным предусматривает знание всего комплекса лечебных мероприятий с учетом конкретного заболевания и индивидуального опыта практической деятельности. Не секрет, что нередко приходится прибегать к помощи специальной литературы и постепенно расширять объем лекарственной помощи с учетом адекватности терапии. В настоящее время в связи требованиями страховой медицины при выборе тактики лечения больного следует руководствоваться принятыми в дерматовенерологической практике схемами лечения. Они отражены в «Федеральных клинических рекомендациях Российского общества дерматологов и косметологов», монографиях «Дерматовенерология. Национальное руководство» (полное, 2011 г., и краткое, 2013 г. издания).

Общеизвестно, что методы лечения подразделяются на *общие* и *наружные*. Нередко используются немедикаментозные способы терапии — физиотерапевтические процедуры, фитотерапия, игло-рефлексотерапия, массаж, мануальная терапия и т.п.

Методы общей терапии подразделяются на этиотропные, патогенетические и симптоматические. Существенно, что каждый врач должен знать разовые, суточные, курсовые дозы лекарственных

препаратов, кратность их назначения, продолжительность курса, противопоказания, возможные побочные эффекты.

В качестве примеров можно использовать схемы лечения больного рецидивирующим фурункулезом и ребенка с чесоткой, осложненной вторичной пиодермией (стафилококковое импетиго на кистях и стопах).

Лечение больного рецидивирующим фурункулезом.

I. Общая терапия. Осуществляется выбор препаратов с учетом особенностей клиники заболевания, данных лабораторного обследования и динамики процесса при лечении.

1. *Этиотропные (специфические) средства:*

- ◆ антибиотики (тетрациклинового ряда, макролиды, фторхинолоны, аминогликозиды, цефалоспорины и др.);
- ◆ нитрофурановые препараты (фурадонин, фуразолидон, фурагин);
- ◆ универсальные антисептики (метрогил и др.);
- ◆ поливалентная стафилококковая вакцина, аутовакцина;
- ◆ стафилококковый анатоксин;
- ◆ стафилококковый антифагин;
- ◆ стафилококковый бактериофаг;
- ◆ антистафилококковый гаммаглобулин.

Патогенетические средства:

- ◆ стимуляторы иммунитета (пентоксил, метилурацил, левamisол, нуклеинат натрия, гистоглобулин, тималин, тимоген, тактивин и др.);
- ◆ биогенные стимуляторы (элеутерококк, левзея, китайский лимонник, аралия, женьшень и др.);
- ◆ ферменты (трипсин, химотрипсин, химопсин);
- ◆ витамины (В₁, В₂, В₅, В₆, В₁₂, А, Е, С, фолиевая кислота, линетол и др.).

Симптоматические средства:

- ◆ обезболивающие препараты (анальгин, новокаин, максиган, баралгин и др.);
- ◆ понижающие температуру (аспирин, парацетамол, панadol и др.).

II. Местная терапия (зависит от стадии созревания фурункула):

Стадии инфильтрации:

- ◆ электрофорез с антибиотиками;
- ◆ УФО, УВЧ;
- ◆ ультразвук;
- ◆ повязки с мазью Вишневского.

В стадии нагноения:

- ◆ повязки с чистым ихтиолом, линиментом алоэ и т.д.;
- ◆ обработка кожи вокруг фурункула борным, салициловым, камфорным спиртом, анилиновыми красителями;
- ◆ хирургическое иссечение.

Стадия изъязвления:

- ◆ турунды с гипертоническим раствором;
- ◆ промывание перекисью водорода;
- ◆ туширование анилиновыми красителями (метиленовый синий, бриллиантовый зеленый, краска Кастеллани), перманганатом калия;
- ◆ антибактериальные средства с сульфаниламидами (агросульфам), в этом случае бактериостатический эффект сульфаниламида многократно усиливается ионами серебра;
- ◆ мази/кремы с антибиотиками: бацитрацин с неомицином (банеоцин), мупироцин (бактробан), фузидовая кислота (фуцидин, фуциталмик), гелиомициновая, эритромициновая, тетрациклиновая, линкамициновая и др.;
- ◆ мази/кремы с универсальными антисептическими препаратами: повидон-йод (бетадин), хлоргексидина биглюконат и др.;
- ◆ комбинированные мази: хлорамфеникол с метилурацилом (левомиколь) и др.;
- ◆ антибактериальные средства животного и растительного происхождения (хлорфиллипт, бализ-2, эктерицид и др.).

Лечение чесотки у детей до 3 лет, осложненной вторичной пиодермией (стафилококковое импетиго на кистях и стопах).

Для лечения чесотки, осложненной вторичной, в большинстве случаев используют только наружные средства. При этом следует строго помнить, какие скабициды разрешены для лечения детей до 3 лет, и соблюдать последовательность применения этих препаратов и средств, обладающих бактерицидных действием.

- ◆ Детям до 3 лет можно использовать только 5% концентрат эмульсии перметрина в этаноле (медифокс) и эсдепаллетрин с добавлением пиперонилбутоксидом (спрегаль).
- ◆ Для прижигания пустул лучше использовать водный раствор повидон-йода (бетадин) в виде 10% раствора, который, в отличие от анилиновых красителей, не вызывает жжения. После подсыхания пустул показаны крема и мази, содержащие, антибиотики или антисептики (см. табл. 2, 3, 5 далее).

- ◆ Сначала больному прижигают пустулы. Это предотвращает диссеминацию пиогенной инфекции по коже. Втирание каждого из указанных скабицидов осуществляется вечером в весь кожный покров, включая лицо и волосистую часть головы. Обработки скабицидом проводят в 1-й и 4-й дни курса. 2-й и 3-й дни используют для лечения вторичной пиодермии.
- ◆ Если у ребенка после проведенного лечения с соблюдением его схемы и проведения профилактических мероприятий в очаге (однократная обработка контактных лиц и текущая дезинфекция) сохраняется зуд, то его не всегда следует расценивать как отсутствие эффекта при использовании скабицидов. Причиной зуда может быть аллергическая реакция на мертвого клеща и продукты его жизнедеятельности, сохраняющиеся в коже, или сухость кожных покровов. В этом случае ставится диагноз «Постскабиозный зуд». Больному необходимо 3–5 дней применять топические кортикостероиды (см. табл. 18 далее) и эмоленты (см. табл. 24 далее). При сохранении зуда спустя неделю после окончания курса специфической терапии повторяют обработку скабицидом. В этом случае ребенка желательно тщательно вымыть с использованием губки.

Лечение данного больного. Этот раздел истории болезни оформляется в виде процедурного листа. Используются МНН названия лекарственных препаратов, которые пишутся на латинском языке. Обязательно указываются лекарственные формы препаратов — таблетки, капсулы, драже, крема, мази, эмульсии и т.д. Для средств, назначаемых внутрь, указывается доза препарата, кратность его назначения, особенности приема (до, во время, после еды, на ночь, запивая растительным маслом и т.д.), длительность курса. Необходимо учитывать совместимость лекарственных препаратов и избегать полипрагмазии — одновременного назначения множества лекарственных средств одному больному.

Примером может служить схема лечения взрослого пациента с диагнозом бляшечная склеродермия.

Benzylpenicillini-natrii 500 тыс. ЕД внутримышечно 4 раза в сутки. На курс 20 млн ЕД.

Lidasae 64 ЕД внутримышечно 1 раз в день утром № 20.

Dr. Xantinoli nicotinatis 0,15, по 1 драже 3 раза в день после еды 3 недели. Возможно покраснение кожи лица и шеи в течение 20 минут.

Sol. Retinoli acetatis oleosae 3,4%, по 4 капли 3 раза в день во время еды, капая на кусочек черного хлеба, в течение месяца.

Ung. Solcoserylі, смазывать ежедневно очаг поражения утром и вечером. Желательно накладывать окклюзионную повязку.

Аппликации парафина на очаг поражения 1 раз в день № 10.

Дневник. Дневник предназначен для фиксирования динамики заболевания, что находит отражение в описании локального статуса. Процесс на коже может иметь положительную и отрицательную динамику. Если наступило обострение, то указывается возможная причина. Отмечается переносимость терапии и ее коррекция. Оцениваются результаты полученных исследований. Оформляются заключения консилиумов, обходы больных главным врачом, заведующим отделением, профессорско-преподавательским составом кафедр. По окончании каждого месяца пребывания больного в стационаре пишется этапный эпикриз, целью которого является заключение о дальнейшей тактике ведения больного — подготовка к выписке, дальнейшее стационарное лечение, перевод в другое лечебное учреждение или центр реабилитации, направление на ВТЭК и т.п.

Эпикриз. Данный раздел истории болезни является завершающим и представляет собой итог всех лечебно-диагностических мероприятий, проведенных в стационаре с рекомендациями на будущее. В эпикризе отражаются фамилия, имя, отчество, возраст больного, время его нахождения в клинике, клинический диагноз (основной, осложнения, сопутствующие заболевания), клиническая картина заболевания и ее динамика в процессе терапии. Суммируются и систематизируются результаты обследования в динамике. Описываются проведенное лечение, его переносимость и результаты (выздоровление, клиническое улучшение, без перемен). Обосновываются лечебные мероприятия, рекомендуемые в дальнейшем (диспансерное наблюдение, режим питания, продолжение терапии, санаторно-курортное лечение, противорецидивное лечение, перевод на инвалидность и т.д.). Даются советы в отношении труда и быта, методы профилактики.

ХАРАКТЕРИСТИКА МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ

Клиническая картина кожных и венерических заболеваний складывается из многообразных морфологических изменений кожи (экзантемы) и слизистых оболочек (энантемы). Эти изменения, объединяемые терминами «сыпь», «морфологические элементы», «эффлоресценции», возникают под влиянием разнообразных экзогенных и эндогенных факторов. Главным критерием диагностики кожных и ряда венерических заболеваний является анализ морфологических элементов, дающих общее представление о сыпи. Морфологические элементы сыпи представляют собой своеобразный алфавит, без овладения которым прочесть что-либо на коже нельзя. Многие буквы этого алфавита недолговечны и исчезают бесследно, другие же оставляют следы навсегда. «Как нельзя предложить читать книгу человеку, не знающему букв, так нельзя требовать, чтобы врач или студент поставил диагноз той или иной кожной сыпи, если он не разбирается в составных частях, образующих сыпь» (Картамышев А.И., 1963).

Морфологические элементы представляют собой реакцию кожи и слизистых на воздействие различных патогенов. Сыпь же представляет совокупность различных морфологических элементов, появляющихся на коже и слизистых при различных заболеваниях (Потекаев Н.С., 2004).

Морфологические элементы принято делить на *первичные* и *вторичные*. Первичные морфологические элементы возникают на внешне неизменной коже или слизистых оболочках, вторич-

ные — в большинстве случаев на месте первичных в процессе их эволюции (спонтанно или под влиянием лечения), а также самостоятельно.

3. 1. Первичные морфологические элементы

1. Пятно (*macula*) — это ограниченное изменение цвета кожи, слизистой оболочки или красной каймы губы без изменения их рельефа. Пятна не ощущаются при пальпации и определяются только визуально. Различают пятна *сосудистые, пигментные, искусственные*.

Сосудистые пятна подразделяются на *воспалительные (гиперемические) и невоспалительные (гиперемические, геморрагические, ишемические, телеангиоэктазии и сосудистые родимые пятна)*.

Гиперемические воспалительные пятна являются результатом расширения поверхностных кровеносных сосудов дермы. Исчезают при надавливании пальцем, после чего восстанавливается первоначальная окраска. В зависимости от величины различают два вида воспалительных пятен — *розеола* (диаметром до 2 см), *эритема* (более 2 см). В тех случаях, когда очаги эритемы, сливаясь, захватывают всю или значительную часть кожи, применяют термин «*эритродермия*». Различают *активную и пассивную* эритему. Активная эритема чаще возникает остро. Пассивная эритема чаще обусловлена венозным стазом и называется *цианозом*.

Гиперемические невоспалительные пятна обусловлены рефлекторным расширением кровеносных сосудов — эритема гнева, стыда. *Ишемические пятна* встречаются редко и связаны, как правило, со спазмом сосудов или их врожденным отсутствием на отдельных участках кожи (пороки развития).

Геморрагические пятна развиваются вследствие проникновения эритроцитов из кровеносных сосудов в окружающую ткань в результате повреждения (разрыва) сосуда (*per rixin*) или повышенной проницаемости сосудистой стенки (*per diapedesin*). При диаскопии геморрагические пятна не исчезают. Для геморрагических пятен характерно постепенное изменение окраски (красная — синяя — зеленая — желтая — коричневая). При разрешении заболевания исчезают бесследно. По величине и форме геморрагические пятна принято подразделять на *петехии (petechia)* — точечное кровоизлияние; *пурпуру (purpura)* — кровоизлияние величиной 1–2 мм;

экхимозы (ecchymosis) — синяки, кровоизлияния более 2 см; *вибицес (vibicis)* — линейные кровоизлияния. При массивных кровоизлияниях с набуханием кожи и приподниманием ее над уровнем окружающих участков говорят о *гематоме*.

Телеангиоэктазии (греч. *telos* — конец, *angion* — сосуд, *ectasis* — расширенный) — постоянные сосудистые пятна, представляющие собой локально расширенные и переполненные кровью мелкие сосуды (капилляры, венулы, артериоллы), стенки которых утолщены и деформированы развилвшейся соединительной тканью. По форме различают линейные, древовидные и паукообразные телеангиоэктазии. По цвету они бывают ярко-красными (артериолы) или голубоватыми (венулы). При надавливании стеклом (витропрессии) исчезают не всегда.

Пигментные пятна образуются в результате изменения содержания меланина в коже, количество которого может увеличиваться (*гиперпигментированные*), уменьшаться (*гипопигментированные*) или полностью отсутствовать (*депигментированные*). Гиперпигментированные и депигментированные пятна могут быть врожденными (пигментный невус, альбинизм) и приобретенными (лейкодерма, веснушки, хлоазмы, витилиго). Гиперпигментированные пятна могут возникать после приема некоторых лекарственных препаратов (акрихин, метотрексат, серебро, висмут), в результате паразитирования в роговом слое эпидермиса грибов (отрубевидный лишай) или бактерий (эритразма).

Искусственные (артифициальные) пятна возникают за счет поступления в кожу чужеродного для человека пигмента. Цвет и форма пятен, возникающих от отложения в коже красящих веществ, зависят от самого вещества и характера его введения. Классическим примером являются татуировки. Искусственные пятна могут выступать в роли профессиональных стигм — внедрение в кожу металлических, графитных, каменноугольных и других частиц. Причиной возникновения нередко являются лекарственные и пищевые пигменты, избирательно накапливающиеся в коже. Классическим примером является аргирия или желтая окраска кожи от каротина.

2. Узелок (*papula*) — бесполое, пролиферативное образование, возвышающееся над уровнем кожи, отражающее изменения, происходящие в эпидермисе и верхней части дермы. Разрешается практически всегда бесследно. Папулы бывают *воспалительные* (обусловлены развитием инфильтрата в эпидермисе и сосочковом слое дермы, расширением сосудов, отеком) и *невоспалительные*

(результат разрастания эпидермиса или дермы, отложение в дерме патологических продуктов обмена — холестерина, кальция, амилоида). В зависимости от глубины расположения в коже папулы подразделяют на *эпидермальные*, *дермальные* и *эпидермо-дермальные*. По размеру различают папулы *милиарные* (1–2 мм), *лентикулярные* (до 1 см), *нуммулярные* (2–3 см, соответствующие по размерам монетам различных достоинств) и *бляшки* (слившиеся папулы).

По форме папулы бывают полушаровидные, плоские, остроконечные, с пупкообразным вдавлением и т.д. Полушаровидная форма папул отражает патологические процессы в дерме без участия эпидермиса. Наиболее часто к образованию полушаровидных (дермальных) папул приводит хроническое воспаление (лимфогистиоцитарные инфильтраты вокруг расширенных сосудов приподнимают эпидермис). Для формирования таких папул также имеет значение разрастание различных элементов дермы, в частности, сосудов (ангиома), соединительной ткани (фиброма), желез (аденома), гладких мышц (лейомиома). Это возможно при отложении липидов (ксантома), солей кальция (кальциноз), амилоида (амилоидоз), муцина (муциноз).

Плоские папулы свидетельствуют о том, что в их формировании обязательно участвует эпидермис. Их подразделяют на *эпидермальные* и *эпидермо-дермальные*. Эти папулы различаются по цвету. Поскольку в эпидермисе нет сосудов, то эпидермальные папулы имеют окраску цвета кожи или грязно-серого оттенка. Они образуются или за счет разрастания одного из слоев эпидермиса (мозоль), или всех слоев (бородавка). Эпидермо-дермальные папулы обычно розовато-красные за счет сосудистого компонента. Фолликулярные (остроконечные) папулы всегда связаны с волосным фолликулом.

Возможны различные очертания папул — округлые, овальные, полигональные и т.д. Поверхность папулы может быть гладкой, покрытой чешуйками или эрозированной. Ряд папул имеет склонность к периферическому росту и слиянию, иногда в центральной части наступает разрешение, что приводит к образованию кольцевидных фигур. Цвет папул различный — нормальной кожи, розово-красный, с синюшным оттенком, желтовато-серый, цианотичный, ливидный, черный. Выделяют также серопапулу — это элемент, характеризующийся папулой, расположенной на волдыре и увенчанной везикулой.

3. Бугорок (*tuberculum*) — бесполое пролиферативное образование диаметром до 1 см, возвышающееся над уровнем

кожи, возникновение которого связано с формированием в глубоких слоях дермы инфильтратов, состоящих преимущественно из клеток системы фагоцитирующих мононуклеаров (макрофаги, эпителиоидные или гигантские клетки). По форме, цвету, консистенции бугорки имеют большое сходство с папулами. После разрешения бугорка остается рубец (в случае распада с образованием язвы) или рубцовая атрофия (при рассасывании бугоркового инфильтрата).

4. Узел (*nodus*) — бесполое, пролиферативное образование размером более 1 см, возвышающееся над уровнем кожи, возникающее чаще вследствие развития в гиподерме банального (острого или хронического) воспаления, специфического гранулематозного воспаления или опухолевого роста. В зависимости от заболевания инфильтрат, образующий узел, или рассасывается, или некротизируется, или гнойно расплавляется. Как и бугорок, узел разрешается с образованием рубца или рубцовой атрофии, крайне редко бесследно. При осмотре узла обращают внимание на цвет, консистенцию, размеры, спаянность с окружающими тканями, кожей.

5. Пузырек (*vesicula*) — полостное полушаровидное образование, возвышающееся над уровнем кожи, содержащее серозную или серозно-геморрагическую жидкость, размером до 0,5 см. В зависимости от расположения полости пузырьки делятся на интроэпидермальные и субэпидермальные. Пузырьки могут возникать группами (герпетиформное расположение), на поверхности папул (папуло-везикулы) или быть фокальными. При разрыве крышки пузырька образуется эрозия, при подсыхании экссудата — корочка, в случае присоединения вторичной инфекции — пустула. После разрешения пузырьков в большинстве случаев изменений на коже не остается. У отдельных пациентов может остаться вторичное гиперпигментированное пятно.

6. Пузырь (*bulla*) — полостное образование, возвышающееся над уровнем кожи или слизистой оболочки, содержащее серозный или серозно-геморрагический экссудат размером более 0,5 см. В зависимости от расположения полости различают пузыри *субкорнеальные* (внутри рогового слоя), *интроэпидермальные* (между слоями эпидермиса), *субэпидермальные* (под эпидермисом). В пузыре различают крышку, полость и дно. Крышка пузырей может быть напряженной или дряблой. Чаще пузыри однокамерные, реже — многокамерные (слияние между собой нескольких пузырей)

или крупных пузырьков). Обратное развитие пузырей протекает так же, как и пузырьков. Для возникновения пузырей необходимо предварительное разрушение межклеточных или дермоэпидермальных связей.

7. Пустула, или гнойничок (*pustula*) — полостное образование, содержащее гнойный экссудат. Основной причиной возникновения пустул являются патогенные микроорганизмы (стафилококки и стрептококки и др.). По глубине расположения пустулы делятся на поверхностные и глубокие. Поверхностные пустулы — импетиго (*impetigo*) и фликтена (*flictena*), глубокие — эктима (*ectima*) и рупия (*rupia*). Некоторые пустулы могут быть поверхностными и глубокими — фолликулит (*folliculitis*) и акне (*acne*). Поверхностные пустулы разрешаются бесследно, глубокие заживают с образованием рубца. *Импетиго* — поверхностная, напряженная, субэпидермальная пустула. *Фликтена* — поверхностная, вялая, интродермальная пустула. В случае разрыва покрывки пустулы образуется эрозия, при подсыхании экссудата — гнойная корочка. *Эктима* — глубокая пустула, развивающаяся в дерме за счет распространения процесса вглубь. *Рупия* — глубокая пустула, развивающаяся в дерме, покрытая слоистой улиткообразной коркой вследствие продолжающегося нагноения, распространяющегося вглубь и вширь. При разрушении корок, покрывающих эктимы или рупии, а также при их насильственном удалении образуется язва, заживающая с образованием рубца. *Остиофолликулит* — пустула, возникающая вокруг волосяного фолликула. Остиофолликулиты, как правило, располагаются поверхностно и разрешаются бесследно, *фолликулиты* — более глубоко и заживают с образованием рубца. *Акне* — пустула, связанная с сальной железой. Акне могут быть поверхностными и глубокими. В последнем случае они могут вскрываться с образованием язв, заживающих с образованием рубца.

8. Волдырь (*urtica*) — эфемерное (быстро появляющееся и быстро исчезающее) образование, возникающее остро за счет отека сосочкового слоя дермы. Полость при этом не успевает сформироваться. Волдыри появляются одномоментно или приступообразно, имеют розово-красную или фарфорово-белую окраску, тенденцию к периферическому росту и слиянию между собой, нередко сопровождаются зудом. Очертания волдырей круглые, овальные или неправильные. Величина самая разнообразная. Волдырь существует несколько часов и разрешается бесследно. В отличие от папулы волдырь при надавливании исчезает.

3.2. Вторичные морфологические элементы

1. **Дисхромии кожи, или вторичные пятна** (*dyschromia cutis*) — нарушения пигментации кожи, возникающие на месте разрешившихся первичных морфологических элементов (узелков, пузырьков, пузырей, пустул и т.д.). Различают *гиперпигментации* — отложение пигмента меланина и кровяного пигмента гемосидерина, *де-* и *гипопигментации* — отсутствие или уменьшение меланина. Дисхромии кожи по величине и форме соответствуют первичным морфологическим элементам и разрешаются бесследно.

2. **Корка** (*crusta*) — сохшийся экссудат. Локализация корок соответствует полостным элементам (эрозиям, пузырям, пустулам), а также язвам. Различают серозные, гнойные, серозно-гнойные, геморрагические корки. Корки могут быть тонкими, толстыми, слоистыми, а связь с кожей — плотной или рыхлой. Цвет их зависит от характера экссудата. Целесообразно выделять *струп* — элемент, возникающий на местах некроза кожи. От корки он отличается черным цветом, демаркационной зоной реактивного воспаления.

Эквивалентом корок на слизистой оболочке полости рта является фибринозный или гнойно-фибринозный налет, образующийся при некоторых заболеваниях на поверхности эрозий и язв. В зависимости от характера заболевания налет с поверхности эрозии может удаляться легко или быть плотно спаян с ней.

3. **Чешуйка** (*squama*) — видимое глазом скопление отторгающихся с поверхности кожи роговых пластинок. Шелушение может быть физиологическим (происходит незаметно, и эпидермис неизменен) и патологическим. Цвет чешуек колеблется от белого до буровато-желтого и даже серо-черного. По размеру различают чешуйки *муковидные* (размер не определяется), *отрубевидные* (1–2 мм), *пластинчатые* (до 1 см), *листовидные (эксфолиативные)* (более 1 см). Прикрепляются чешуйки к поверхности очага рыхло или плотно. Наслоение плотных, сухих, с трудом удаляемых с поверхности кожи роговых масс желтоватой или серой окраски обозначается термином «кератоз». Выделяют паракератотические и гиперкератотические чешуйки. Первые формируются при паракератозе, т.е. при неполном ороговении кератиноцитов (сохраняются остатки ядер), характеризуются слабыми связями между собой и легко отторгаются при поскобливании и трении. Вторые образуются на фоне гиперкератоза, плотно прилегают друг к другу и отторгаются с трудом.

4. Эрозия (*erosio*) — дефект кожи, слизистой оболочки или красной каймы губ в пределах эпидермиса, возникающий на месте экссудативных первичных морфологических элементов (пузырька, пузыря, пустулы) или вследствие мацерации. Эрозии чаще всего повторяют форму и величину предшествовавшего первичного морфологического элемента. Поверхность эрозий розово-красного цвета, мокнет за счет экссудата или нагнаивается при присоединении вторичной инфекции. Заживают, не оставляя стойких изменений.

5. Ссадина, или эксориация (*excoriatio*) — линейный дефект за счет нарушения целостности кожного покрова на уровне эпидермиса и дермы в результате механического повреждения. Чаще всего эксориации возникают в результате расчесывания кожи ногтями или острыми предметами при дерматозах, сопровождающихся зудом. Могут быть поверхностными (разрешаются бесследно) или глубокими (заживают с образованием рубца).

6. Трещина — линейные дефекты (разрывы), возникающие вследствие потери кожей эластичности или за счет сухости, гиперкератоза или инфильтрации отдельных ее участков. Трещины бывают поверхностными (*fissura*) и глубокими (*rhagades*). Трещины чаще образуются в местах естественных складок и на участках, подвергающихся растяжению (углы рта, область ануса, над суставами). Поверхностные трещины разрешаются бесследно, глубокие — с образованием линейного рубца.

7. Язва (*ulcus*) — глубокий дефект кожи в пределах эпидермиса, дермы и даже подкожной жировой клетчатки. Язвы развиваются в результате распада первичных морфологических элементов, захватывающих глубокие слои кожи (бугорки, узлы, глубокие фолликулиты и акне), отторжения струпа первично вследствие некроза тканей при трофических нарушениях. Язвы имеют различную величину, форму, глубину, характер краев, дна. Края язвы бывают отвесными, подрытыми, блюдцеобразными, развороченными, каллезными, мягкими. Дно — ровным, кратероподобным, покрытым грануляциями, вегетациями, корками. Заживает язва всегда с образованием рубца. Язву следует отличать от раны, которая представляет собой дефект тканей, обусловленный травмой неповрежденной кожи.

8. Рубец (*cicatrix*) — замещение дефекта кожи на уровне дермы и подкожной жировой клетчатки грубой волокнистой соединительной тканью, состоящей преимущественно из коллагена. В руб-

це отсутствуют придатки кожи (волосяные фолликулы, потовые и сальные железы) и сосуды. Рубцы бывают *нормотрофическими* (плоские, располагающиеся на уровне кожи), *гипертрофическими* (утолщенные, возвышающиеся над поверхностью кожи) и *атрофическими* (истонченные, расположенные ниже уровня кожи). Окраска рубцов может быть розово-красной (свежие), гипер- и депигментированной (старые). Величина, форма, локализация, цвет и глубина рубцов имеют значение для диагностики. Рубцовая атрофия развивается в случае, если глуболежащий, чаще гранулематозный инфильтрат рассасывается без нарушения целостности эпидермиса (без изъязвления). В отличие от рубцов при рубцовой атрофии развивается в меньшем количестве более нежная соединительная ткань. Кожа резко истончается, легко собирается в складку наподобие папиросной бумаги (симптом Пospelова).

9. Вегетации (*vegetationes*) — разрастание сосочков дермы с одновременным утолщением шиповатого слоя эпидермиса и удлинением межсосочковых эпителиальных отростков. Клинически проявляется в виде мягких разрастаний, напоминающих ворсинки или цветную капусту. Поверхность вегетации бывает сухой (пепельно-серая) или эрозированной (красная, отделяющая большое количество экссудата). Вегетации могут возникать первично, но чаще образуются на поверхности папул, дне эрозий или язв.

10. Лихенификация (*lichenificatio*) — утолщение, уплотнение кожи с усилением кожного рисунка. Последний обусловлен акантозом и папилломатозом. Чаще лихенификация развивается первично и соответствует местам, где кожа длительно подвергается расчесыванию, реже — вторично при дерматозах, сопровождающихся массивной инфильтрацией.

ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОЖИ

Многие заболевания кожи имеют воспалительный характер. В зависимости от степени выраженности реакции и ее длительности условно выделяют острое, подострое и хроническое воспаление, которое возникает в ответ на действие многообразных внешних и внутренних раздражителей. Несмотря на то что комбинация раздражения и ответной реакции организма, в частности кожи, в зависимости от разнообразных условий может приводить к различной степени выраженности и длительности воспалительной реакции, в микроскопической картине каждого воспаления различают альтерацию, экссудацию и пролиферацию. Под альтерацией понимают проявления повреждения тканей (дистрофию и некроз тканевых элементов), под экссудацией — выхождение из сосудов жидкости и форменных элементов вследствие повышенной проницаемости сосудистой стенки, под пролиферацией — размножение тканевых элементов. При остром воспалении преобладают сосудисто-экссудативные явления и воспалительный процесс характеризуется большей интенсивностью. При хроническом воспалении преобладают пролиферативные явления, сосудисто-экссудативный компонент выражен намного слабее и интенсивность воспалительного процесса несколько ослабевает. По интенсивности подострое воспаление занимает промежуточное состояние между острым и хроническим воспалительным процессом.

Знание патоморфологических изменений кожи лежит в основе гистологического метода диагностики, все чаще и чаще приме-

няемого в дерматологической практике. Патоморфологические изменения в коже развиваются по законам общей патологии. Однако часть из них отличается своеобразием, зависящим от особенностей строения и функции кожи как органа. Без знания этих терминов, определяющих изменения в коже при той или иной патологии, не может быть взаимопонимания между клиницистами и патоморфологами. При этом всегда следует учитывать изменения, наблюдающиеся во всех слоях кожи.

4.1. Патоморфологические изменения эпидермиса

Акантоз (гиперплазия) — усиленное размножение клеток шиповидного слоя в виде тяжей, приводящее к его утолщению и погружению более или менее глубоко в дерму. При акантозе отмечают увеличение числа митозов в базальном слое и соответственно удлиняются соединительнотканые сосочки дермы — **папилломатоз**.

Акантолиз — потеря межклеточных связей клеток шиповатого слоя эпидермиса с образованием в нем щелей и пузырей. Пузыри могут содержать *акантолитические клетки* — эпидермоциты, потерявшие связь друг с другом

Анаплазия — термин для обозначения атипизма и полиморфизма клеток злокачественных опухолей.

Атрофия — истончение эпидермиса за счет уменьшения размеров клеток, обычно сопровождается сглаживанием эпидермальных отростков вплоть до формирования прямолинейной дермоэпидермальной границы.

Баллонизирующая дегенерация (дистрофия) возникает при некробиотических, дегенеративных изменениях клеток Мальпигиевого слоя. Выраженный внутриклеточный отек приводит к набуханию и увеличению размеров шиповатых клеток, результатом чего является нарушение межклеточных связей с образованием полостей, содержащих так называемые баллонные клетки.

Вакуолизация (внутриклеточный отек) — появление вакуолей в цитоплазме клеток, располагающихся около или вокруг ядра и оттесняющих ядро к периферии. Ядро при этом деформируется и зачастую имеет все признаки пикноза. Постепенно отечная жидкость растворяет клетку, приводя ее к гибели. Если вакуоли

локализуются в ядре клетки, то оно разбухает и превращается в круглый пузырек, наполненный жидкостью, в котором иногда сохраняется ядрышко.

Гиперкератоз — утолщение рогового слоя без структурных изменений клеток, чаще вследствие избыточного образования, иногда задержки отшелушивания роговых чешуек.

Гипергранулез — утолщение зернистого слоя эпидермиса, как правило, сопровождающее ортокератоз.

Гипоплазия — истончение эпидермиса за счет уменьшения количества клеток.

Гранулематозное воспаление (гранулема) — очаговая хроническая воспалительная реакция на тканевое повреждение, характеризующаяся накоплением и пролиферацией преимущественно лимфоцитов и клеток системы фагоцитирующих мононуклеаров (гистиоциты, макрофаги, эпителиоидные и гигантские клетки).

Грануляционная ткань — незрелая соединительная ткань, образующаяся при восстановлении открытых или закрытых повреждений собственно кожи. Состоит из вновь образованных капилляров, фибробластов и новообразованных молодых коллагеновых волокон. Если повреждение соединительной ткани было вызвано воспалительным процессом, то в грануляционной ткани всегда обнаруживаются лейкоциты, эозинофилы и макрофаги, иногда плазматические клетки.

Дискератоз — преждевременное автономное ороговение отдельных кератиноцитов, при котором образуются так называемые *дискератотичные клетки*.

Недержание пигмента — потеря поврежденными базальными эпидермоцитами меланина и его скопление в верхней части дермы в меланофагах.

Некробиоз — процесс умирания ткани или клетки в промежутке между началом действия повреждающего фактора и окончательной их гибелью. При определенных условиях процесс может быть обратимым.

Папилломатоз — удлинение, нередко разветвление сосочков дермы, неравномерно поднимающих над собой эпидермис. Является морфологической основой вегетации.

Паракератоз — незавершенное, неполное ороговение, характеризующееся наличием ядер в роговом слое и недоразвитием или отсутствием зернистого слоя.

Пикноз — сморщивание ядра клетки.

Ретикулярная дистрофия клеток эпидермиса — сочетание спонгиоза, баллонной дистрофии и акантолиза, приводящих к образованию в эпидермисе крупных полостей, в том числе субэпидермальных.

Спонгиоз, или межклеточный отек — жидкость скапливается в межклеточном пространстве клеток Мальпигиевого слоя, разрывая при этом межклеточные мостики, что приводит к потере связи между клетками, отеку самих клеток и началу формирования эпителиальных пузырьков.

Эпидермолиз — утрата связи между эпидермисом и дермой в области базальной мембраны вследствие повреждения контактов в полудесмосомах, приводящая к образованию субэпидермальной полости.

Эпидермотропизм — термин, обозначающий направленность распространения патологического процесса из дермы в сторону эпидермиса.

4.2. Патоморфологические изменения дермы и гиподермы

Гиалиноз — отложение гиалина в дерме (гиподерме).

Клеточный инфильтрат — скопление воспалительных клеток в дерме (гиподерме).

Лейкоцитоклазия — распад ядер полинуклеаров воспалительного инфильтрата с образованием «ядерной пыли».

Метахромазия — феномен окрашивания тканей и клеток в иной цвет, чем цвет красителя.

Микроабсцессы — небольшие очаговые скопления клеток в эпидермисе или дерме.

Набухание мукоидное — начальная фаза дезорганизации коллагена и основного межклеточного вещества соединительной ткани, заключающаяся в их набухании вследствие накопления кислых мукополисахаридов, обнаруживаемых по метахроматическому окрашиванию.

Набухание фибриноидное — фаза дезорганизации соединительной ткани, характеризующаяся набуханием, гомогенизацией и изменением тинкториальных свойств коллагена.

Некроз творожистый — погибшая ткань, утратившая свою структуру, представляющая собой слабо эозинофильную аморф-

ную мелкозернистую массу; в зоне некроза может встречаться ядерная пыль.

Некроз фибриноидный — фаза дезорганизации соединительной ткани, характеризующаяся гомогенизацией и глыбчатым распадом коллагена, приобретающего тинкториальные свойства фибрина.

Папилломатоз — выраженное удлинение сосочков дермы, при котором они выступают над уровнем поверхности кожи.

Склероз — увеличение количества хаотично расположенного коллагена в дерме (гиподерме) одновременно с гиалинозом и уменьшением числа фибробластов. Склероз часто представляет собой следующую за фиброзом стадию.

Фиброз — увеличение количества хаотично расположенного коллагена в дерме (гиподерме), сопровождающееся увеличением числа фибробластов.

Экзоцитоз — проникновение клеток дермального инфильтрата в эпидермис.

СИМПТОМЫ ДЕРМАТОЗОВ

Для большинства дерматозов характерны определенные клинические симптомы. Многие из них строго специфичны, что существенно для диагностики. В дерматовенерологии эти симптомы нередко носят имена авторов, впервые их описавших. В подготовке этого раздела справочника использован материал, систематизированный в уникальной монографии Л.М. Гольдштейном и В.Е. Ткач (1987), а также собственный материал, накопленный в результате многолетней клинической практики и при подготовке лекций.

5.1. Алопеция очаговая

Ручная эпиляция волос. В прогрессирующей стадии алопеции волосы, расположенные по периферии очага облысения, в большом количестве легко удаляются пальцами. При стабилизации процесса волосы по периферии очага крепко фиксированы в волосяном фолликуле. Этот прием необходимо использовать для дифференциальной диагностики очаговой и сифилитической алопеции. В последнем случае волосы выпадают по всей поверхности волосистой части головы.

5.2. Амилоидоз

Симптом «бульжной мостовой». Характеризуется появлением в области нижней трети голени (симметрично) множества

сгруппированных узелков размером от булавочной головки до горошины, розового или желтовато-коричневого цвета. Узелки плотные на ощупь. При поглаживании их рукой ощущается неровность, напоминающая булыжную мостовую. Наиболее часто встречается при первичном амилоидозе кожи. Аналогичное ощущение имеет место в начальной стадии ограниченного нейродермита, при бородавчатой форме красного плоского лишая и атипичных вариантах кожного саркоидоза. В отличие от симптома «терки» при красном волосяном лишае, при этом симптоме нет ощущения царапанья кожи, так как размер папул при амилоидозе больше.

5.3. Атрофия кожи

Симптом «скомканной» папиросной бумаги (феномен Поспелова). Если взять в складку атрофированный участок кожи, то он покрывается множеством мелких складок, чем напоминает «скомканную» папиросную бумагу. Симптом положительный при хроническом атрофическом акродерматозе, прогрессирующей идиопатической атрофии кожи и других видах атрофии.

5.4. Волчанка красная

Симптом Бенье–Мещерского. Характеризуется появлением болезненности при соскабливании чешуек в очаге поражения.

Симптом «дамского каблука». При форсированном удалении чешуек с очага поражения в области гиперкератоза виден шипик на нижней поверхности чешуек и характерно обнажение устьев волосяных фолликулов в виде воронок. При удалении чешуек пациент ощущает болезненность из-за раздражения нервных окончаний при надавливании на них шипиками.

5.5. Волчанка туберкулезная

Феномен «яблочного желе» (диаскопия, обфельмус). Если надавить предметным стеклом на очаг поражения, то появляются желто-бурые пятна. Этот симптом объясняется выдавливанием крови из

расширенных кровеносных капилляров и просвечиванием сквозь эпидермис люпом, имеющих гранулематозное строение.

Симптом «зонда» (признак Поспелова). Если надавить пуговчатым зондом на бугорок (люпому), то происходит его легкое погружение в глубину ткани. При этом появляется легкое кровотечение и незначительная болезненность. Симптом более выражен при свежей люпоре. Это происходит за счет казеозного некроза, сопровождающегося гибелью коллагеновых и эластических волокон.

5.6. Дерматит атопический

Дермографизм. Дермографизм представляет собой ответную реакцию нервно-сосудистого аппарата кожи на механическое раздражение. Вызывается путем проведения тупым предметом (краем шпателя, стеклянной палочкой, ручкой неврологического молоточка или другим тупым предметом) по коже спины или груди. Различают красный, белый, смешанный, уртикарный дермографизм. При атопическом дерматите он в большинстве случаев белый.

Отполированные ногти. Свободный край ногтевой пластинки практически отсутствует, истончается. Ногтевая пластинка гладкая, блестящая.

Линия Дени–Моргана. Дополнительная складка нижнего века с резко выраженной в этом месте продольной морщиной. Является одним из типичных симптомов атопического дерматита и входит в комплекс симптомов, формирующих так называемое атопическое лицо. Подобная складка бывает также на животе у астеничных детей и располагается на 2 см выше или ниже пупка

Псевдо-Хертоге симптом. Характеризуется разрежением бровей (диффузная алопеция) в наружной трети. Причина возникновения — постоянная механическая травматизация вследствие зуда.

Симптом атопической «зимней стопы». Появление на подошвах гиперемии, инфильтрации, трещин. Данный симптом имеет сезонную динамику и обычно исчезает летом.

Атопическое лицо. Сухость, бледность, шелушение кожи лица, хейлит, заеды, линии Дени–Моргана, симптом псевдо-Хертоге.

Симптом Андогского. Двухсторонняя «атопическая катаракта», нередко заканчивающаяся помутнением хрусталика.

5.7. Дерматомиозит

Симптом «очков». Характеризуется отеком и эритемой вишнево-красного или лилового цвета, которые располагаются периорбитально.

Готтрона синдром. Проявляется яркой эритемой, чаще на лице, шее, в зоне декольте, на плечах, над суставами, особенно проксимальными межфаланговыми и пястно-фаланговыми, на наружной поверхности бедер и голеней.

5.8. Крапивница пигментная (мастоцитоз)

Симптом Тоста—Унны. Если энергично растереть пальцем или марлевым тампоном пигментное пятно, то сначала появляется эритема, а затем волдырь, строго повторяющий очертания пятна. Это явление дало повод для названия заболевания пигментной крапивницей. В гистологических препаратах, полученных из очагов поражения, находят скопления лаброцитов (тучных клеток). Возникновение симптома связано с освобождением гистамина из гранул лаброцитов при механическом раздражении кожи.

5.9. Лейшманиоз кожный

Симптом «четок». При остронекротизирующемся кожном лейшманиозе в процесс вовлекаются лимфатические сосуды. От язв отходят плотные, хорошо пальпируемые шнуры до 1 см в поперечнике. Толщина и плотность их неодинаковые по всей длине. Лимфатические сосуды поражаются за счет миграции по ним лейшманий. Этот симптом возникает спустя 2—3 месяца после изъязвления лейшманиомы. Существенно, что и сами лимфатические сосуды могут изъязвляться.

Симптом «рыбьей икры». Появление красного цвета грануляций на дне язвы в процессе заживления лейшманиомы.

Симптом «окопного рва». Характеризуется появлением островков эпителизации в центре язвы при ее заживлении. Типичен для остронекротизирующегося кожного лейшманиоза.

Симптом Добротворской. Характеризуется подсыханием и отторжением ороговевших сосочков папилломатозных разрастаний,

образовавшихся на дне изъязвившейся лейшманиомы на стадии рубцевания. Процесс безболезненный.

Лейшмании сателлиты, или бугорки обсеменения. Появление свежих, более мелких бугорков вокруг основной (первичной) лейшманиомы. Одни из них изъязвляются, другие — нет. Существуют две точки зрения на причину их возникновения. Первая — повторные инокуляции кожи москитами. Предполагают, что при первом кровососании в кожу внедряется максимальное количество лейшманий. Вторая точка зрения предполагает миграцию лейшманий по межклеточным каналам из основного очага в рядом расположенные зоны.

5.10. Лейкемиды

Симптом «терки» при лейкемидах. Высыпания при лейкозе полиморфные. Сыпь может быть уртикарная, везикулезная, пустулезная и папулезная. Лейкемидами принято обозначать папулы. Они милиарные, конические, плотные, иногда с мелкими пузырьками на верхушке, выступают над поверхностью кожи. При пальпации и поглаживании пораженного участка появляется ощущение терки. Симптом напоминает таковой при красном волосяном лишае и других дерматозах, сопровождающихся фолликулярным кератозом.

5.11. Лишай красный волосяной

Симптом «терки». Главным симптомом заболевания являются остроконечные фолликулярные папулы с роговой пробкой на вершине. Если поглаживать кожу в очагах поражения, то возникает ощущение терки.

Конусы Бенье. Появление на тыльной поверхности проксимальных отделов I фаланг пальцев кистей мелких остроконечных красно-бурых папул или черноватых конусов вокруг устьев фолликулов. Признак наблюдается у $\frac{3}{4}$ больных.

5.12. Лишай красный плоский

Сетка Уикхема. Папулу или бляшку смазывают водой или жидким маслом. На их поверхности появляются белесовато-опаловые

или серые точки и пересекающиеся в виде сетки линии. Этот феномен объясняется гранулезом — неравномерным утолщением зернистого слоя эпидермиса.

Феномен Кебнера. Характеризуется появлением свежих папулезных высыпаний на внешне неизменной коже, подвергающейся воздействию механических, физических или химических раздражителей (расчески, уколы, царапины, порезы, потертости, ожоги, УФО и др.). Изоморфная реакция развивается в среднем через 7–9 дней после воздействия раздражителя.

Симптом Бенье I. Болезненность при поскабливании папул красного плоского лишая.

5.13. Лепра

«Морда льва» (facies leoninae). В результате образования лепром на лице и диффузной инфильтрации кожи надбровные дуги резко выступают, нос деформируется, щеки, губы и подбородок приобретают дольчатое строение. Волосы бровей выпадают, начиная с наружной стороны.

Симптом «апельсиновой корки». Кожа в зоне лепрозных инфильтратов становится глянцевидной, лоснящейся за счет избыточной секреции сальных желез, пушковые волосы выпадают и их отверстия более контурируются.

Плосковдавленный, лорнетовидный нос, «нос бульдога». Деформация носа при распаде лепром.

«Конская, или падающая, стопа», «лапа обезьяны», «когтеобразная кисть». Соответствующее изменение стоп и кистей за счет атрофии разгибательных мышц и преобладания тонуса сгибателей.

«Тюленья лапа», «лапа обезьяны». Изменение формы кистей и стоп за счет размягчения костного скелета, атрофии мышц и западения межкостных промежутков вследствие трофических нарушений.

«Маска святого Антония». Атрофия мимических мышц лица.

Лагофталм. Неполное смыкание век за счет атрофии круговых мышц глаза.

5.14. Лишай отрубевидный

Симптом Бенье II (феномен «стружки»). При поскабливании ногтем невоспалительных пятен наблюдается отторжение верх-

них чешуек рогового слоя эпидермиса за счет их неплотного сцепления.

5.15. Микоз грибовидный

Симптом Поспелова. Характеризуется наличием высыпаний, напоминающих своей плотностью картон.

5.16. Парапсориаз

Симптом скрытого шелушения. При поскабливание папулы на ее поверхности появляется отрубевидное шелушение.

Симптом пурпуры (симптом Волкова). При поскабливание папулы ногтем или тупым краем предметного стекла на ее поверхности или вблизи на неизменной коже появляются мелкие геморагические пятна — пурпура. Патогномоничен для каплевидного парапсориаза.

Симптом «коллоидной пленки». Характеризуется образованием матово-белой чешуйки в виде тонкой пластинки, фиксированной в центре и отстающей по краям, на месте разрешившейся папулы. Симптом наиболее типичен при локализации высыпаний на внутренней поверхности плеч.

Симптом «облатки» при парапсориазе. Характеризуется наличием на поверхности многих папул круглых тонких цельных серо-коричневых чешуек, плотно прикрепленных к центру и отторгающихся по периферии. Если кожу взять в складку или слегка поскоблить, то чешуйка, напоминающая облатку, почти полностью отделяется от папулы, слегка прикрепляясь по ее периферии на участке не более 1 мм и напоминая «крышку у шкатулки».

5.17. Пиодермия язвенная

Симптом «сита» при хронической язвенной пиодермии. Если сильно сдавить узел или инфильтрат, то на его поверхности появляются многочисленные капли гноя. Это объясняется выдавливанием гнойного содержимого из глубоких пустул. Появление капель гноя при сдавливании элемента является диагностиче-

ским признаком, позволяющим отличить данное заболевание от вульгарных бородавок, даже (убрать) осложненных вторичной инфекцией.

5.18. Псориаз вульгарный

Феномен Ауспитца (псориатическая триада). Включает три последовательных феномена, возникающих при поскабливании псориатической папулы:

- ◆ обильное шелушение серебристо-белыми чешуйками, напоминающими стеарин (феномен «стеаринового пятна»);
- ◆ появление после удаления чешуек влажной блестящей поверхности (феномен терминальной пленки);
- ◆ капельное кровотечение, возникающее при продолжении поскабливания (феномен точечного кровотечения или «кровяной росы»).

Феномен Кебнера (см. Лишай красный плоский).

Ободок Пильнова. Наличие вокруг периферически растущих папул красной каймы, так называемого венчика роста.

«Псевдоатрофический» ободок Воронова. Появление как бы атрофической зоны шириной в несколько миллиметров вокруг псориатических папул с нежной складчатостью рогового слоя. Возникает, когда рост псориатических папул останавливается.

Симптом «наперстка». Появление на ногтевой пластинке точечных углублений, иногда располагающихся рядами. Считают, что в основе патологии лежит точеная ониходистрофия.

Симптом «масляного» пятна. Появление в центре ногтевой пластинки очага желтоватого, «маслянистого» цвета. Является начальным признаком поражения ногтей при псориазе. Развивается в результате подногтевого гиперкератоза.

5.19. Пузырчатка вульгарная

Симптом Азбо—Ганзена. Если надавить пальцем на не вскрытый пузырь, то происходит отслаивание рядом расположенных участков эпидермиса за счет внутреннего перераспределения жидкости, и пузырь увеличивается в размере по периферии.

Симптом Никольского. Существует три варианта данного симптома, в основе которого лежит отслойка эпидермиса на внешне неизменной коже за счет акантолиза далеко за пределами высыпаний:

- ◆ потягивание пинцетом за покрывку пузыря или его обрывки по периферии приводит к увеличению размеров пузыря или эрозии;
- ◆ трение кожи между двумя пузырями или эрозиями приводит к их слиянию;
- ◆ возникновение новых пузырей при трении пальцем здоровых на вид участков кожи, расположенных далеко от очагов поражения;
- ◆ *симптом «груши».* Пузырь на коже принимает грушевидную форму при вертикальном положении больного за счет перемещения жидкости в нижнюю часть пузыря.

5.20. Саркоидоз

Феномен «пылинок». Во время диаскопии высыпаний выявляют желтоватые или желтовато-бурые пятнышки (пылинки). Напоминает феномен «яблочного желе» при туберкулезной волчанке.

5.21. Сикоз вульгарный

Свободная эпиляция волос. Волосы без труда извлекаются пинцетом из очагов поражения и по их периферии. Это обусловлено расплавлением волосяной луковицы под действием гноя. Вокруг корня волоса можно заметить муфточку, состоящую из мутноватой желатиноподобной или серозно-гнойной массы. Последнее отличает вульгарный сикоз от паразитарного.

5.22. Трихофития инфильтративно-нагноительная

Феномен «медовых сот». Если надавить на фолликулярный инфильтрат, то на его поверхности появляются фокусно распо-

ложенные капельки гноя, похожие на капли меда при вскрытии медовых сот.

Свободная эпиляция волос (см. *Сикоз вульгарный*).

5.23. Туберкулез бородавчатый

Симптом «сита» (см. *Пиодермия язвенная*).

5.24. Туберкулез кожи и слизистых оболочек язвенный

«*Зерна Треля*». Если изъязвляются тесно расположенные бугорки на слизистой оболочке полости рта, то язвы принимают причудливые полициклические очертания, а их дно имеет желтоватый, зернистый вид. Причина возникновения — казеозное перерождение бугорков с наличием гнойного отделяемого, содержащего большое количество туберкулезных микобактерий. Язвы резко болезненны.

5.25. Чесотка

Симптом Арди. Наличие пустул и/или гнойных корочек на локтях или в их окружности.

Симптом Горчакова. Наличие кровянистых корочек и расчесов на локтях и/или в их окружности.

Ромб Михаэлиса. Наличие кровянистых корочек и/или импетигиозных высыпаний в межъягодичной складке с переходом на крестец.

Симптом Сезари. Обнаружение чесоточных ходов в виде легкого возвышения при их пальпации.

5.26. Эпидермолиз острый токсический (синдром Лайелла)

Симптом Никольского (см. *Пузырчатка истинная*).

5.27. Эритема центробежная

Феномен «плотного шнура» при кольцевидной центробежной эритеме. При пальпации элемента по окружности определяется уплотнение в виде шнура, заложенного в коже. Это обусловлено тем, что по периферии кольцевидного элемента при этом дерматозе располагаются мелкие папулы. Феномен имеет значение для дифференциальной диагностики кольцевидной центробежной эритемы с кольцевидной гранулемой и кольцевидной ревматической эритемой Лендорффа–Лейнера.

СИМПТОМЫ СИФИЛИСА

Бугорок Корабелли. Пятый добавочный бугорок на жевательной поверхности I моляра. Является стигмой позднего врожденного сифилиса.

Воротничок Биетта. Скудное шелушение на поверхности сифилитических папул, более выраженное по периферии. При ладонно-подошвенном папулезном сифилисе этот симптом особенно хорошо выражен.

Диастема Гоше. Широко расставленные верхние резцы. Является стигмой позднего врожденного сифилиса.

Зубы Гетчинсона. Поражение передних верхних резцов, приобретающих бочкообразную форму или форму отвертки. Резцы сужены кверху и на жевательной поверхности имеются полулунные вырезки. Являются одной из составляющих триады Гетчинсона. Это безусловный признак врожденного сифилиса.

Инфильтрат диффузный сифилитический (диффузное уплотнение кожи, инфильтрация Гохзингера). Локализуется на коже ладоней, подошв, лица, волосистой части головы, задней поверхности бедер и ягодиц. Кожа утолщается, теряет эластичность, становится темно-красного цвета, напряженной. Поверхность гладкая. Плач ребенка, акт сосания, мацерация слюной, мочой и калом приводят к образованию глубоких трещин, заживающих с образованием рубцов. Симптом характерен для сифилиса грудного возраста.

Козлиный, седловидный, лорнетовидный нос. Вздернутый нос за счет некроза или перфорации носовой перегородки. Наблюдается

при сифилисе грудного возраста и третичном гуммозном сифилисе.

«*Мех, изъеденный молью*». Появление мелких очагов алопеции в области висков и затылка при вторичном сифилисе.

«*Омнибусный диагноз*». Выпадение волос в виде мелких очагов в области бровей.

Псевдопаралич Парро. Ложный перелом вследствие отделения эпифиза от диафиза за счет нарушения процесса оссификации в метафизах трубчатых костей. Ребенок принимает вынужденное положение, любое движение резко болезненно. Все виды чувствительности сохранены. Наблюдается при врожденном сифилисе грудного возраста.

Признак Систо. Любое движение вызывает у ребенка пронзительный крик ночью. Причиной являются резкие головные боли, обусловленные внутричерепной гипертензией.

Рубцы Робинсона—Фурнье. Радиальные рубцы вокруг рта. Причина их возникновения — эпителизации глубоких трещин в местах локализации диффузной папулезной инфильтрации Гохзингера. Является вероятным симптом позднего врожденного сифилиса.

Симптом Пинкуса («ступенчатые ресницы»). Последовательное выпадение ресниц с последующим их отрастанием, что способствует неравномерной длине. Является проявлением диффузной алопеции при вторичном периоде сифилиса.

Симптом Ядассона. Если надавить на сифилитическую папулу тупым зондом, то больной испытывает боль.

Симптом Дюбуа—Гиссара (симптом «инфантильного» мизинца). Укорочение и искривление мизинца в сторону остальных пальцев кисти. Является стигмой позднего врожденного сифилиса.

Симптом Авситидийского—Игуменакиса. Утолщение грудинного конца ключицы (чаще правой). Развивается вследствие остеопериостита этой зоны. Является стигмой позднего врожденного сифилиса.

Симптом «козырька». Если твердый шанкр локализуется в области внутреннего листка крайней плоти, то обнажение головки полового члена приводит к появлению так называемого козырька за счет плотного хрящевидного уплотнения в основании первичной сифиломы. Уплотнение несколько напоминает вывернутое веко. Симптом особенно отчетливо выражен при язвенной форме твердого шанкра и менее — при эрозивной.

Симптом дорсального хряща. Является дополнением к симптому «козырька» при диагностике первичной сифиломы. При пальпа-

ции головки полового члена, закрытого крайней плотью, выявляют пластинчатый участок уплотнения. Симптом бывает положительным при локализации шанкра на внутреннем листке крайней плоти, в области венечной борозды, на головке и теле полового члена. Диагностическая значимость симптома особенно важна при фимозе, когда нельзя обследовать половой член и внутренний листок крайней плоти. При язвенной форме первичной сифиломы данный симптом особенно выражен.

Симптом «скошенного луга». При локализации сифилитических папул на языке исчезают сосочки на его слизистой оболочке.

Симптом «облатки». На поверхности сифилитических папул может быть шелушение в виде облатки. Имеются округлые тонкие цельные чешуйки, плотно прикрепленные к центру и отторгающиеся от поверхности элемента с периферии. Облатка легко снимается при легком поскабливании стеклом или тупой стороной скальпеля. Дифференциальную диагностику следует проводить с аналогичным симптомом при парапсориазе. Решающими при диагностике являются анамнестические данные и серологические реакции.

Триада Гетчинсона. Включает три клинических признака: зубы Гетчинсона, паренхиматозный кератит, лабиринтная глухота. Является безусловным признаком позднего врожденного сифилиса.

Эпиляция волос ручная. Волосы на волосистой части головы, независимо от локализации, легко удаляются, в том числе пучками. Эпиляция не зависит от расположения уже имеющихся плешин как при крупно-, так и мелкоочаговой сифилитической алопеции.

Яриша—Лукашевича—Герксгеймера реакция. Реакция так называемого обострения в первые сутки лечения антибиотиками вторичного сифилиса. Возникает через несколько часов после первой инъекции или внутреннего приема антибиотика. Характеризуется резким подъемом температуры тела (до 40 °С), ознобом, усилением яркости сифилитических розеол. Реакция обусловлена интоксикацией организма за счет гибели бледных трепанем. Выраженность реакции определяется давностью инфекции, дозой препарата, индивидуальной реактивностью организма. В связи с термоллабильностью возбудителя создаются неблагоприятные условия для его жизнедеятельности. Это обуславливает положительный эффект для больного сифилисом. У ослабленных пациентов, пожилых, беременных реакция нежелательна. Ее можно предотвратить уменьшением разовой и суточной доз антибиотика.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ДЕРМАТОЗАМИ

Изучения только характера сыпи на коже больного иногда недостаточно для постановки правильного диагноза. Врачу нередко приходится использовать дополнительные диагностические приемы, хорошо известные опытным клиницистам. Описанию этих диагностических тестов и методик обследования больных дерматологического профиля посвящена настоящая глава.

7.1. Аллергодерматозы (атопический дерматит, экземы, крапивница, чесотка и др.)

Кожные пробы. Используются для диагностики аллергических заболеваний кожи, в том числе профессионального характера. Различают капельные, компрессионные, скарификационные и внутрикожные пробы. Отрицательные результаты капельной и компрессионной проб служат основанием для постановки скарификационной и внутрикожной проб.

Капельная проба. Аллерген в виде капли наносят на внутреннюю поверхность кожи предплечья. Результат учитывается через 20 мин и 24–72 ч. Реакция считается слабоположительной (+) при наличии эритемы, положительной (++) — эритемы и отека, резко положительной (+++) — эритемы, отека и везикуляции.

Компрессионная (апликационная) проба. Аллерген в виде раствора наносят на кусок марли, сложенной вчетверо, размером 1 × 1 см. Некоторые порошкообразные вещества, мази, листья растений могут использоваться для проб в натуральном виде. Сверху марлю покрывают компрессной бумагой и укрепляют бинтом. Повязку снимают через сутки и читают результат пробы. Оценка результатов осуществляется так же, как при капельной пробе.

Скарификационная проба. На кожу внутренней поверхности предплечья наносят по капле испытываемых аллергенов (пищевых, бытовых, эпидермальных, пыльцевых и т.д.) на расстоянии 3–4 см друг от друга. Через каплю скарификатором или скальпелем делают несколько царапин, чтобы не было появления крови. Аллергены можно наносить на предварительно скарифицированную кожу. Реакция читается через 24–72 ч. Оценка реакции имеет несколько градаций:

- ◆ сомнительная (±), если имеет место гиперемия без волдыря;
- ◆ положительная (+), если появляется волдырь диаметром 2–3 мм, определяемый при натяжении кожи;
- ◆ положительная средней степени (++), если появляется волдырь не более 5 мм в диаметре, определяемый без натяжения кожи и окруженный зоной гиперемии;
- ◆ резко положительная (+++), если возникает волдырь диаметром до 10 мм с гиперемией;
- ◆ максимальная (++++), когда диаметр волдыря превышает более 10 мм и резко выражена гиперемия.

Внутрикожная проба. Строго внутрикожно в область сгибательной поверхности предплечья туберкулиновым шприцем вводится до 0,1 мл исследуемого бактериального или 0,2 мл неинфекционного аллергена. Результат оценивается через 20 мин и 24–72 ч. При постановке данной пробы могут возникнуть аллергические реакции немедленного (через 10–20 мин) и замедленного (через 24–48 ч) типов.

Оценка результатов гиперэргической реакции немедленного типа (ГНТ):

- ◆ слабоположительная (+) — наличие волдыря диаметром 4–8 мм;
- ◆ положительная средней степени (++) — волдырь диаметром 8–15 мм;
- ◆ резко положительная (+++) — волдырь диаметром 15–20 мм;

- ♦ очень резкая степень положительной реакции (++++) — волдырь диаметром более 20 мм.

Оценка результатов гиперэргической реакции замедленного типа (ГЗТ):

- ♦ слабopоложительная (+) — эритема до 10 мм;
- ♦ положительная средней степени (++) — эритема до 20 мм;
- ♦ резко положительная (+++) — эритема до 30 мм;
- ♦ очень резкая степень положительной реакции — эритема более 30 мм.

7.2. Болезнь Боровского (кожный лейшманиоз)

Взятие материала из лейшманиомы для микроскопического исследования. Материал берут из бугорка, реже — из язвы. Элемент сдавливают пальцами левой руки для его обескровливания, а затем острым скальпелем делают поверхностный надрез длиной 5–8 мм, глубиной 1–2 мм. Концом скальпеля соскабливают тканевые элементы с краев надреза и максимально — тканевую жидкость. Полученные материалы наносят на предметное стекло, окрашивают по Романовскому–Гимзе и исследуют под микроскопом. Результат считается положительным, если в клетках ретикулоэндотелиальной системы выявляются лейшмании — амастиготы. Они имеют овальную форму 2–6 мкм в длину и 2–3 мкм в ширину.

Симптом сдавливания бугорка при остронекротизирующем кожном лейшманиозе. Соскабливают ткань с поверхности бугорка, помещают ее между двумя предметными стеклами и сдавливают. Ткань бугорка благодаря своей хрупкости быстро раздавливается, что является одним из признаков, подтверждающих диагноз.

7.3. Болезнь Дарье

Диагностический прием при болезни Дарье. Типичным морфологическим элементом при данном дерматозе является гиперкератотическая серовато-бурая папула диаметром 3–5 мм, расположенная перифолликулярно. Осторожно пинцетом снимают участок гиперкератоза (корочка, чешуйка) и обнаруживают воронкообраз-

ное углубление, соответствующее расширенному участку волосяного фолликула.

7.4. Витилиго

Люминесцентная диагностика витилиго. Обследование проводят с помощью лампы Вуда в затемненной комнате. Изначально медицинский работник, проводящий исследование, должен адаптироваться к темноте. Метод дает возможность обнаружить участки кожи в самом начале депигментации, невидимые при обычном освещении. В лучах лампы Вуда на фоне темной кожи четко контурируются светлые, ярко-белые участки различной величины и формы. Края пятен резко пигментированы.

7.5. Красная волчанка

Исследование на клетки красной волчанки (LE-клетки). Для практических целей наиболее удобна и точна методика двухчасового сгустка. У больного берут 10–15 мл крови из вены и помещают в стерильную пробирку. Хранят в термостате при температуре 37 °С. Затем отделяют сгусток от стенки пробирки тонкой металлической сеткой и центрифугируют полученный материал, получая три слоя. Верхний слой (плазму) отсасывают пипеткой и удаляют, второй (лейкоциты) осторожно отсасывают и делают несколько мазков, которые окрашивают обычным для крови методом и рассматривают под микроскопом при увеличении 10 × 8, а подозрительные места — при увеличении 10 × 40. Проба считается положительной, если обнаруживаются 2–3 типичные клетки красной волчанки. Они значительно больше нормальных лейкоцитов. Ядро их интенсивно окрашено и отодвинуто к периферии, а в центре в виде розетки более выражена окрашенная фагоцитированная масса.

Люминесцентная диагностика красной волчанки красной каймы губ. При освещении лампой Вуда контуры пораженных очагов видны более четко, размеры их больше, чем при обычном освещении. Зоны гиперкератоза светятся снежно-белым цветом, а участки атрофии — белесоватым. При остром процессе и отсутствии атрофии наблюдается свечение голубоватого цвета.

7.6. Дерматит atopический

Дермографизм (см. с. 46).

Исследование чувствительности кожи (мышечно-волоосковый рефлекс). Появление «гусиной кожи», если по коже провести холодным предметом. В норме сохраняется 5–10 с и исчезает бесследно. Отсутствие этого рефлекса свидетельствует о расстройстве симпатической иннервации. Часто встречается при atopическом дерматите (нейродермите).

7.7. Герпетиформный дерматит Дюринга

Исследование содержимого пузырей, пузырьков, пустул. Поверхность пузырька протирают ватным тампоном, смоченным спиртом. Стерильным шприцем (лучше инсулиновым) пунктируют полостной элемент, делают мазок на предметном стекле, окрашивают гематоксилином и эозином и микроскопируют обычным методом. Для дерматоза Дюринга характерна эозинофилия в пузырьной жидкости. Число эозинофилов может достигать 30–50%. В крови эозинофилия, как правило, отсутствует.

Проба Ядассона (йодная проба). Пробу проводят в двух вариантах.

- ◆ На кожу внутренней поверхности предплечья, свободную от высыпаний, наносят 50% йодид калия на ланолине. Покрывают салфеткой. Свежие высыпания появляются через 24–48 ч. Проба положительна за счет повышенной чувствительности к йоду. Не следует проводить ее в период обострения процесса.
- ◆ Принимают внутрь 1 столовую ложку 5% раствора калия йодида. Проба считается положительной, если кожный процесс обостряется. Проведение пробы требует осторожности, особенно у детей. Известны случаи генерализации процесса с последующим его тяжелым течением. Вариантом пробы Ядассона является смазывание миндалин раствором Люголя, особенно у детей, как при лечении банальной ангины. При этом наступает обострение процесса на коже.

7.8. Крапивница

Дермографизм (см. с. 46). При крапивнице дермографизм красный и уртикарный. Типично появление зуда на местах его воспроизведения.

7.9. Лепра

Взятие соскоба со слизистой оболочки носа. Материал берут с обеих сторон хрящевой части носовой перегородки под контролем зрения или носового зеркала. Помещают его на два отдельных стекла. Соскоб лучше проводить острой ложечкой или маленьким скальпелем после смазывания подозрительного участка слизистой оболочки носа 2% раствором новокаина. Материал помещают на предметное стекло, фиксируют, окрашивают, накрывают покровным стеклом и исследуют под микроскопом. При лепроматозной форме в соскобе всегда выявляются микобактерии лепры; при туберкулоидной и не дифференцированной формах они, как правило, отсутствуют.

Проба с ультрафиолетовым облучением. Гипохромные пятна, подозрительные на лепру, облучают гиперэритемными дозами кварца. Лепроматозные пятна окраски не изменяют. Они четко контурируются на фоне покрасневшей неизменной кожи.

Феномен болезненной перкуссии костей. Если слегка постукивать кончиками согнутых пальцев по костям больных лепрой, то пациенты ощущают весьма интенсивную болезненность, которая часто не зависит от стадии, формы и давности болезни. Особенно выражена болезненность в области лобных, скуловых и большеберцовых костей. Феномен положителен у 97% больных лепрой.

Проба Минора (проба на потоотделение). Подозрительный на лепру участок кожи смазывают 10% настойкой йода и посыпают крахмалом. Предлагают выпить горячий чай. Проба считается положительной при изменении белой окраски крахмала на синюю. Отрицательная проба свидетельствует об отсутствии потоотделения.

Реакция «воспламенения». Проба основана на возникновении эритемы всего кожного покрова после внутривенного введения больному 8 мл 1% раствора никотиновой кислоты. В норме покраснение исчезает через 10–15 мин. У больных лепрой высыпания сохраняют красный цвет длительный промежуток времени. Они даже могут возвышаться в виде волдырей.

Гистаминовая проба. Служит для определения сниженной адаптационной способности вазомоторов кожи. На скарифицированную кожу в области внутренней поверхности предплечья наносится капля водного раствора гистамина в разведении 1:1000. У здоровых лиц сначала появляется местная эритема, через промежуток от 2 с до 10 мин — рефлекторная эритема диаметром в несколько сантиметров, а затем волдырь или папула, существующие 5–10 мин. У больных лепрой гистаминовая проба отрицательна, то есть рефлекторная эритема не возникает.

Проба горчичника. Обычным способом на очаг поражения и внешне неизмененную кожу накладывают горчичники. На непораженных участках возникает эритема, а на местах лепрозных высыпаний она отсутствует.

Лепроминовая проба. Внутрикожно в область сгибательной поверхности предплечья вводят 0,1 мл лепромина, представляющего собой растертую лепрозную ткань, содержащую огромное количество бацилл Ганзена. Реакция может быть ранней, если через 24–48 ч на месте инъекции появляются гиперемия и отечность. Ранняя и особенно отрицательная реакции на лепромин имеют неблагоприятное прогностическое значение, так как отражают состояние анергии и слабость иммунобиологических защитных сил организма. Поздняя (замедленная) реакция характеризуется образованием через 2–4 недели на месте введенного лепромина бугорка диаметром до 1 см, склонного к изъязвлению. Поздняя положительная реакция имеет хорошее прогностическое значение. По лепроминовой пробе различают типы лепры: лепроматозный (–), туберкулоидный (+), недифференцированный (+).

7.10. Лишай красный плоский

Симптом кольца Поспелова. На подозрительный участок кожи накладывают на сутки водный согревающий компресс. Для этого марлю, смоченную водой, а затем отжатую, помещают под компрессную бумагу, вату и фиксируют бинтом. После удаления компресса отмечают изменения цвета папулы или бляшки с красновато-бурого на беловато-фарфоровый. Может появиться и набухание эпидермиса, отчетливо выраженное по периферии элементов в виде кольца.

7.11. Лишай отрубевидный (разноцветный)

Люминесцентная диагностика. Пораженные участки освещают лучами лампы Вуда. Метод чаще используется для обнаружения очагов поражения на волосистой части головы. Очаги поражения светятся золотисто-желтым, желто-коричневым или бурым свечением.

Проба Бальцера. Пятнистые высыпания на коже больного смазывают 5% спиртовой настойкой йода. Разрыхленный роговой слой более интенсивно впитывает йод и, естественно, сильнее окрашивается. Остатки йода нужно удалить тампоном, смоченным спиртом. Вместо йода можно использовать 1–2% растворы анилиновых красителей. Проба положительна при отрубевидном (разноцветном) лишае.

7.12. Микроспория

Люминесцентная диагностика. Метод основан на свойстве волос, пораженных грибами рода *Microsporum*, давать ярко-зеленое свечение при облучении лучами лампы Вуда. Светятся не только длинные, но и пушковые волосы.

7.13. Нейрофиброматоз (нейроглиоматоз, болезнь Реклингхаузена)

Определение чувствительности кожи. При данном дерматозе нарушаются все виды чувствительности. Тактильную чувствительность исследуют нежным прикосновением к коже комочка ваты. Болевую чувствительность проверяют легким покалыванием кожи инъекционной иглой, чередуемым с прикосновением к ней тупого предмета (например, спички). Для исследования температурной чувствительности пользуются двумя пробирками: в одной из них находится теплая (40–50 °С) вода, в другой — холодная (12–15 °С). В момент проведения пробы больной должен закрыть глаза.

7.14. Порфирия поздняя

Люминесцентная диагностика. У больного собирают суточную мочу в емкость из темного стекла. Для предупреждения гнилостных процессов добавляют 10–15 мл толуола. Отливают в пробирку 5 мл собранной мочи и помещают ее под люминесцентную лампу Вуда. Положительной считается реакция, если исследуемая моча имеет красную флюоресценцию, чаще в виде кольца в верхней части пробирки. Моча здоровых людей дает голубовато-белое свечение.

7.15. Пузырчатка вульгарная

Исследование на акантолитические (Тцанка) клетки. Этот метод незаменим для дифференциальной диагностики пузырчатки с другими пузырьными дерматозами. Материал берут со дна свежего пузыря путем прикладывания к нему кусочка стерилизованной кипячением ученической резинки с последующим легким надавливанием (метод отпечатков). Материал переносят на стерильные обезжиренные предметные стекла, фиксируют в течение 1 мин метиленовым синим, высушивают при комнатной температуре. Окрашивают по Романовскому–Гимзе. Для этого наносят на предметное стекло на 20–25 мин свежеприготовленный раствор азур-эозина, затем краситель смывают дистиллированной водой и мазки высушивают при комнатной температуре. После приготовления и окраски препараты исследуют под микроскопом при увеличении 10×40 . Акантолитические клетки по размеру меньше обычных клеток эпидермиса. Они округлой формы, с крупным ядром, окрашенным в интенсивно-фиолетовый или фиолетово-синий цвет. Ядро занимает почти всю клетку. В нем видны два или несколько ядрышек более светлой окраски. Цитоплазма как бы отеснена к периферии (ободок концентрации), резко базофильна, а ближе к ядру — светло-голубая. Количество клеток колеблется от единичных до множественных. В последнем случае они располагаются в виде скоплений. Встречаются также бесформенные клетки без четкого ободка концентрации. Н.Д. Шеклаков (1961) рассматривает их как переходные формы от нормальных эпителиальных клеток к акантолитическим.

7.16. Себорея жирная

Проба с «папирсной» бумагой. При подозрении на жирную себорею лица или волосистой части головы пораженные участки промокают или тщательно вытирают бумажной салфеткой. На бумаге остаются видимые на глаз жирные пятна. Для исключения пятен, возникших при повышенной потливости, бумагу оставляют на 1–2 ч.

Пот испаряется, бумага становится сухой и визуалью чистой. Этого не бывает при жирной себорее. Проба имеет значение для дифференциальной диагностики жирной себореи волосистой части головы и псориаза той же локализации.

7.17. Туберкулезная волчанка

Диаскопия (витропрессия). Выполняется путем надавливания на пораженный участок кожи предметным стеклом либо специальным прибором — диаскопом, представляющим собой прозрачную пластмассовую пластинку. С помощью этого метода можно определить характер элемента (сосудистый, пигментный и др.). Если эритема вызвана расширением сосудов, то при диаскопии она исчезает и появляется нормальная окраска кожи. При туберкулезной волчанке этим методом определяется феномен «яблочного желе».

7.18. Чесотка

Выявление чесоточных ходов. Пораженный участок кожи смазывают 3–5% спиртовым раствором йода, каким-либо анилиновым красителем, обычными чернилами или тушью. Красящее вещество проникает в ход через отверстия, проделанные самкой для выхода личинок. В результате ход четко контурируется в виде окрашенной пунктирной линии длиной 3–5 мм.

Обнаружение чесоточного клеща. Существует несколько методов обнаружения возбудителя при чесотке. Однако наиболее эффективными и простыми в исполнении являются метод извлечения клеща иглой, а также соскобов с использованием молочной кислоты.

- ◆ *Метод извлечения клеща иглой* очень быстрый и эффективный, если врач обладает достаточным навыком обнаружения хода и извлечения из него самки клеща. Для этой цели используют стерильные одноразовые инъекционные иглы. Иглой вскрывают слепой конец хода на месте буроватого точечного возвышения, соответствующего локализации самки чесоточного клеща. Острые иглы продвигают по направлению хода, делая попытку вывести клеща наружу. Самка своими присосками прикрепляется к игле и легко извлекается. Полученного клеща помещают на предметное стекло в каплю воды, 10% щелочи или 40% молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Метод не пригоден для добывания клещей из старых разрушенных ходов, папул и везикул, а также после обработки больного любым противочесоточным препаратом.
- ◆ *Метод диагностики с применением молочной кислоты* является традиционным в нашей стране. Стеклой палочкой или глазной ложечкой каплю 40% молочной кислоты наносят на чесоточный ход, папулу, везикулу или корочку. Через 5 мин разрыхленный эпидермис соскабливается острой глазной ложечкой до появления крови, захватывая участок на границе здоровой и пораженной кожи. Полученный материал переносят на предметное стекло в каплю той же молочной кислоты, накрывают покровным стеклом и микроскопируют. Препараты в молочной кислоте не кристаллизуются, что позволяет хранить их неограниченно длительное время и использовать в качестве учебных пособий. Метод отличается быстротой и надежностью диагностики заболевания. Результат лабораторной диагностики считается положительным, если в препарате обнаруживаются самка, самец, личинка, нимфы, яйца, опустевшие яйцевые оболочки. Наличие фекалий свидетельствует о необходимости проведения дополнительного исследования с другого участка кожного покрова. Поиск чесоточных ходов бывает более успешным при использовании той или иной оптики. Для этой цели могут быть использованы ручная или налобная лупы с 2–7-кратным увеличением, капилляроскоп или бинокулярный микроскоп МБС.

Дерматоскопия является обязательным методом диагностики чесотки регламентирована Приказом МЗ № 162 от 2003 года

«Об утверждении отраслевого стандарта “Протокол ведения больных. Чесотка”». В России для проведения дерматоскопии используется различная техника. Это 2–10-кратные лупы, оборудованные подсветкой; стационарные отечественные стерео-бинокляры МБС-10 и МБС-12 с увеличением от 5 до 100 крат. Достаточно широко используются импортные дерматоскопы типа Heine Delta, Ri-Derma, Eurolight, DermLite, Easy Beauty Score и т.п. с увеличением до 10 крат; цифровые микроскопы DinoLite, Webbers, в том числе беспроводные, позволяющие рассматривать объекты с увеличением от 10 до 250 раз.

7.19. Хейлит эксфолиативный

Диагностический прием при экссудативной форме эксфолиативного хейлита. После удаления корок с красной каймы губ появляется беловатый, клейкий, студенистый, быстро засыхающий налет. Данное явление отсутствует при атопическом, аллергическом, glandулярном хейлитах, а также при красной волчанке красной каймы губ.

7.20. Эритразма

Люминесцентная диагностика. Метод применяется для дифференциальной диагностики эритразмы от паховой эпидермофитии, рубромикоза, кандидоза крупных складок. Очаг исследуют в лучах лампы Вуда. При эритразме наблюдается характерное кораллово-красное свечение, которое более выражено в периферической зоне. Этот симптом теряет свою значимость, если пациент предварительно получал специфическую терапию.

МЕТОДЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

В данном разделе освещены только те методы обследования больных ИППП, которые врач может выполнять самостоятельно уже на первичном приеме.

Бужирование мочеиспускательного канала. Используется при диагностике и лечении гонореи (чаще хронической), одним из осложнений которой являются стриктуры уретры. Эту процедуру выполняют в большинстве случаев у мужчин, значительно реже — у женщин. При остром и подостром процессе в уретре выполнять бужирование нельзя, так как возможна диссеминация процесса из переднего отдела уретры в задний. Применяют бужи различных диаметров — от № 19 до 30, что зависит от ширины наружного отверстия мочеиспускательного канала. Используют бужи прямые, изогнутые, полутвердые, эластичные, нитевидные, головчатые. Последний обычно проходит мочеиспускательный канал без особых затруднений до луковицы полового члена. Препятствие, имеющееся там, легко преодолевается при выпрямлении полового члена. Идеальным условием для выполнения процедуры бужирования мочеиспускательного канала является помещение больного в урологическое кресло. При его отсутствии можно использовать обычное гинекологическое кресло, где больной размещается с опущенными вниз и широко разведенными в стороны ногами. Угол между телом и бедрами должен быть максимально тупым. Буж смазывают стерильным глицерином и вводят в передний отдел мочеиспускательного канала. Производят пальпацию мочеиспускательного

канала на буже. Обращают внимание на инфильтраты, зернистость, определяют их характер и локализацию (передняя, средняя или задняя часть передней уретры). При необходимости делают легкий массаж. При бужировании с диагностической целью лучше использовать тубус с obturatorом уретроскопа. В этом случае одновременно можно провести и уретроскопию. Бужирование головчатым зондом при стриктуре мочеиспускательного канала позволяет определить не только место сужения, но и его протяженность. Если процедура бужирования болезненна, то можно делать анестезию мочеиспускательного канала. С этой целью в него вводят 10–15 мл 2% раствора новокаина или дикаина (3:1000). Во всех случаях бужирование необходимо проводить очень осторожно во избежание образования ложных ходов. Массаж уретры на буже является одним из вариантов комбинированной провокации.

Взятие мазков из мочеиспускательного и цервикального каналов. Материал для исследований должен брать лечащий врач. Ватным тампоном, смоченным стерильным изотоническим раствором хлорида натрия, тщательно протирают наружные половые органы: у мужчин — головку полового члена, у женщин — половые губы, преддверие влагалища, клитор и наружное отверстие мочеиспускательного канала. При отсутствии свободно вытекающего гноя у мужчин нажатием пальца на заднюю поверхность мочеиспускательного канала и легким движением по направлению к наружному отверстию мочеиспускательного канала выдавливают каплю отделяемого. Ее захватывают краем предметного стекла, помещают на край другого предметного стекла под углом 30–45° и осторожно размазывают по всей его поверхности. При отсутствии свободных выделений материал соскабливают со стенок уретры тупой ложечкой. При взятии материала необходимо помнить, что соскоб из передней уретры мужчины должен проводиться на глубине 2,5–4 см. У женщин при наличии свободных выделений забор материала из уретры проводится ложкой Фолькмана, из цервикального канала — длинным анатомическим пинцетом. Перед взятием соскоба из уретры у женщин желательно провести ее массаж пальцем, прижимая к лону. При взятии соскоба из цервикального канала шейки матки ключевым моментом является удаление слизистой пробки. Слизистую пробку удаляют ватным тампоном или пинцетом. Материал берут ложкой Фолькмана на глубине 1,5 см. В настоящее время для этой цели можно использовать специальные щеточки *cervix brush* или *voba-brush*.

Взятие пунктата из лимфатического узла при сифилисе. Производится при подозрении на сифилис, когда исследование на бледную трепонему по тем или иным причинам невозможно (больной использовал наружно прижигающие средства, мази с антибиотиками; при фимозе, эпителизации твердого шанкра и т.п.). Пунктат наиболее часто берут из паховых лимфатических узлов. Поверхность кожи обрабатывают спиртовым раствором йода. Железу фиксируют двумя пальцами левой руки. В центре узла делают прокол острой короткой толстой иглой, насаженной на двух- или пятиграммовый шприц с хорошо подогнанным поршнем. Иглу вводят на глубину 1–1,5 см перпендикулярно продольной оси узла. Аспирацию проводят после энергичного массажа узла. Некоторые авторы рекомендуют перед взятием пунктата вводить в узел 0,3–0,5 мл изотонического раствора хлорида натрия.

Двухстаканная проба (проба Томпсона). Применяется в венерологии для топической диагностики поражения мочеиспускательного канала, в частности передней или задней его части. Перед пробой больной в течение 4–6 ч не должен мочиться. Для этой цели лучше брать утреннюю порцию мочи после ночной задержки. Мочу собирают в два стакана: в первый — 50–60 мл, во второй — остальную. Если первая порция будет мутной, а вторая прозрачной, то процесс локализуется в передней части мочеиспускательного канала, что указывает на наличие у больного переднего уретрита. Появление мути в обоих стаканах свидетельствует о тотальном поражении мочеиспускательного канала. При поражении его задней части гной может попадать в мочевой пузырь, в котором также будет мутная моча. При незначительных катаральных изменениях, особенно в задней части уретры, проба может дать отрицательный результат. Для постановки двухстаканной пробы нужно использовать стаканы из тонкого стекла без узор и рисунка.

Исследование секрета предстательной железы. Полученный мазок секрета предстательной железы после ее массажа или из центрифугата первой порции мочи фиксируют, окрашивают 1% водным раствором метиленового синего и рассматривают под микроскопом при увеличении в 300–400 раз. В секрете предстательной железы обнаруживают лецитиновые зерна, лейкоциты, эпителиальные клетки. В норме секрет содержит большое количество лецитиновых зерен, единичные (не более 10 в поле зрения) лейкоциты и эпителиальные клетки, иногда амилоидные тельца и сперматозоиды. В патологически измененном секрете лецитино-

вых зерен незначительное количество или они вовсе отсутствуют, но много лейкоцитов и микроорганизмов. Иногда удается обнаружить гонококки, трихомонады, атипичные клетки, характерные для новообразования предстательной железы.

Массаж и получение секрета предстательной железы. Производят с целью диагностики и лечения. Перед процедурой больного просят освободить мочевой пузырь. Выполнять процедуру лучше в коленно-локтевом положении больного. В ряде случаев массаж предстательной железы проводится в положении больного лежа на боку с согнутыми и поджатыми к животу ногами. Можно проводить процедуру, когда больной из положения стоя нагибается под прямым углом и туловищем ложится на стол. В прямую кишку больного врач вводит указательный палец правой руки, на которую надета перчатка. Палец предварительно смазывают жирным кремом. Нежными движениями массируют вначале правую долю железы, которая менее чувствительна, затем левую. Массаж начинают поглаживанием, слегка нажимая на предстательную железу сверху вниз. Некоторые авторы предлагают проводить массаж предстательной железы в виде восьмерки: сначала палец описывает круг по периметру правой доли по часовой стрелке, затем продвигается по борозде и наконец по периметру левой доли против часовой стрелки. Описываемые пальцем круги по обеим долям постепенно сужаются. В конце процедуры необходимо несколько раз слабо надавить рукой на область междолевой бороздки сверху вниз с целью выдавить содержимое предстательной железы в мочеиспускательный канал. Если из наружного отверстия последнего появляется секрет, то массаж прекращают. Секрет помещают на предметное стекло, подсушивают и направляют на исследование. В случае отсутствия секрета при массаже предстательной железы процедуру повторяют на следующий день. Если его получить все-таки не удастся, тогда в освобожденный от мочи мочевой пузырь катетером вводят 50 мл дистиллированной воды или 2% раствора борной кислоты. После массажа предстательной железы больного просят помочиться — освободить мочевой пузырь от введенного раствора. Мочу центрифугируют и исследуют полученный осадок (центрифугат).

Микрореакция. Качественная реакция, используемая для экспресс-диагностики сифилиса. Реакцию ставят на предметном стекле с каплей сыворотки крови или плазмы больного и кардиолипновым антигеном. Рациональнее использовать стекла со спе-

циальными лунками. В них наносят 2–3 капли сыворотки крови или плазмы больного и добавляют одну каплю кардиолипинового антигена. Легким движением пластинку покачивают в течение 5 мин. Результаты реакции оценивают невооруженным глазом над источником света (обычная лампа). Результат считается положительным при появлении в лунке крупных хлопьев. Мелкие хлопья свидетельствуют о слабоположительном или сомнительном результате.

Микроскопическое исследование бледной трепонемы в темном поле зрения. Материалом для исследования служит отделяемое сифилидов первичного или вторичного периодов сифилиса или пунктат лимфатического узла. Твердый шанкр или эрозированную папулу очищают стерильным ватным или марлевым тампоном. Петлей, прокаленной в пламени горелки и затем охлажденной, слегка массируют и поскабливают поверхность высыпания до получения тканевой жидкости. Для бескровного массажа эрозивных и язвенных сифилидов можно использовать медицинскую стеклянную палочку с оплавленными концами. Тканевую жидкость помещают на чистое, обезжиренное предметное стекло с каплей изотонического раствора хлорида натрия. Накрывают покровным стеклом. Количество тканевой жидкости и изотонического раствора хлорида натрия должно быть небольшим. Для исследования в темном поле применяют специальные приспособления к обычному микроскопу. С этой целью можно использовать кружок из плотной черной бумаги диаметром 1,5 см. Его накладывают на нижнюю линзу развинченного конденсора так, чтобы между краями линз и бумаги оставался свободный просвет шириной 1,5–2 мм. Освещение должно быть достаточно интенсивным (электрическая лампа 100–150 Вт). Препарат исследуют под объективом $\times 40$ при окуляре $\times 10$ –15. При микроскопии на темном фоне видно большое количество светящихся движущихся точек (белковые и коллоидные частицы), а также трудно дифференцируемые клеточные элементы. Бледная трепонема имеет вид светлых нитей, напоминающих штопор. Двигается медленно и плавно. Она может совершать поступательное, маятникообразное, вращательное, контрактильное (змеевидное) движения.

Микроскопическое исследование на трихомонады. Перед взятием материала больного просят длительное время не мочиться (не менее 3–4 ч). Не рекомендуется проводить туалет наружных половых органов. Выделения берут у мужчин из мочеиспускательного

канала, у женщин — из боковой и задней частей свода влагалища, мочеиспускательного канала, у девочек — через отверстие девственной плевы желобоватым зондом или браншей вагинального пинцета. Полученный материал помещают на предметное стекло, добавляют несколько капель теплого изотонического раствора хлорида натрия и накрывают покровным стеклом. Мочеполовые трихомонады необходимо рассматривать под микроскопом в свежем (нативный препарат) и окрашенном состоянии. Нативные мазки желательно микроскопировать сразу после приготовления. Исследуют под обычным микроскопом под увеличением 10×40 . В свежеприготовленных неокрашенных препаратах трихомонады имеют грушевидную форму, величина их немного больше лейкоцита, движения поступательные, толчкообразные. Мазки окрашивают метиленовым синим или по Грамму. Трихомонады, окрашенные метиленовым синим, имеют синий цвет, по Грамму — красный. Форма — грушевидная, круглая, овальная, границы четко контурированы. Ядро овальной формы расположено эксцентрически и окрашивается в более темный цвет по сравнению с протоплазмой. Жгутики не определяются.

Микроскопия при острой язве вульвы Чапина—Липшютца. Материал для мазка берут с поверхности язвы прокаленной и остуженной петлей. Окрашивают по Грамму. Возбудителем острой язвы наружных половых органов являются толстые грамположительные палочки разной длины.

Осмотр заднего прохода. Необходимо проводить у всех больных с инфекциями, передающимися половым путем. Особую ценность этот метод играет у больных сифилисом и гонореей, а также лиц, практикующих гомосексуальные контакты. Больному предлагают в положении стоя низко наклониться, не сгибая ног, и руками раздвинуть ягодицы. Врач тщательно осматривает область ануса, раздвигая складки кожи двумя палочками с ватными тампонами на концах. При наличии высыпаний (папулы, эрозии, язвы) с их поверхности снимается налет и в перчатках проводится пальпация для определения болезненности и инфильтрата в основании. С поверхности высыпаний берется отделяемое для исследования на наличие бледной трепонемы. Если имеются выделения из заднего прохода, то берут мазки для исследования на гонококк. При отсутствии свободных выделений делают соскоб со слизистой оболочки ложкой Фолькмана. Более эффективным методом является исследование центрифугата промывных вод. Для этого в прямую кишку

вставляют катетер с двойным током или два клизмменных наконечника и вводят 50–100 мл теплой воды. Полученный смыв центрифугируют и приготавливают мазки. Слизистую оболочку ампулы прямой кишки можно осмотреть с помощью ректального зеркала или копроскопа.

Пальпация твердого шанкра. Общеизвестно, что в большинстве случаев в основании твердого шанкра имеется хрящевидное уплотнение. Для его выявления твердый шанкр слегка сдавливают у основания и подтягивают вверх.

Пальпация бульбоуретральных (куперовых) желез. Исследование чаще проводят в коленно-локтевом положении больного. Исследование проводят в перчатках. Указательный палец, смазанный жирным кремом, вводят в прямую кишку за внутренний сфинктер. Смещая палец в сторону, сгибают его и стараются соединить с большим пальцем, находящимся снаружи в области промежности. Воспаленная железа пальпируется между пальцами в виде плотного болезненного образования размером с горошину. При необходимости получить ее секрет мочевого пузыря предварительно промывают и наполняют индифферентным раствором. Железы массируют, стараясь не задевать предстательную железу. Больному предлагают помочиться. Полученную жидкость центрифугируют и осадок исследуют под микроскопом.

Пальпация семенных пузырьков и получение их секрета. В норме семенные пузырьки пальпируются редко, в основном их дистальные отделы. При инфекциях, передающихся половым путем, и опухолях можно пальпировать их большую часть. Топически семенные пузырьки располагаются выше предстательной железы, по обе стороны от ее средней линии в виде тяжелой плотноэластической консистенции. Семенные пузырьки пальпируются по Теохарову двумя руками. Больной находится в коленно-локтевом положении. Врач надевает перчатки и смазывает указательный палец жирным кремом, который вводит в прямую кишку больного. Одновременно пальцами левой руки, надавливая на лобковую область, «приближают» семенные пузырьки к пальцу правой. После этой процедуры в моче можно обнаружить отдельные плавающие комочки — содержимое семенных пузырьков. Из них готовят мазки и микроскопируют.

Пальпация при индуративном отеке. Индуративный отек является вариантом атипичной первичной сифиломы. Диагностически важным признаком служит отсутствие углубления при надавлива-

нии пальцем в области отека. Аналогичное явление наблюдается при генерализованной микседеме.

Проба Ульцмана. Следует иметь в виду, что помутнение мочи может быть обусловлено и наличием в ней различных солей. Для дифференциальной диагностики помутнения неорганического генеза проводят дополнительные исследования. Если помутнение исчезает после добавления нескольких капель уксусной кислоты, то это свидетельствует о наличии кристаллов фосфорной кислоты (фосфатурия). Если помутнение исчезает при нагревании мочи, то у пациента в моче большое количество уратов (уратурия). Если помутнение исчезает после добавления небольшого количества хлористоводородной (соляной) кислоты, то у больного в моче избыточное количество оксалатов (оксалатурия).

Проба с никотиновой кислотой. Проба имеет большую диагностическую ценность при вторичном периоде сифилиса в случаях слабо выраженной сифилитической розеоле. Внутривенно вводят 1–2 мл 1% раствора никотиновой кислоты, или же больной принимает 0,05–0,1 г препарата внутрь. Пятна, вызванные расширением сосудов, окрашиваются более интенсивно и четче контурируются по сравнению с окружающей кожей.

Пробное лечение. Назначается в том случае, если клиническая картина заболевания соответствует определенной нозологии, а лабораторными методами подтвердить его не удастся. Существенным условием для проведения пробного лечения является назначение этиотропной терапии. Например, у больного клиническая картина третичного бугоркового сифилиса, классические серологические реакции отрицательные или сомнительные, а среди контактных лиц отсутствуют больные сифилисом. В этом случае можно провести пробное лечение по общепринятой схеме терапии третичного бугоркового сифилиса. Исчезновение клинических проявлений заболевания подтверждает правильность диагноза. Пробное лечение проводят при подозрении на чесотку, туберкулез кожи, герпетический дерматит Дюринга.

Провокация при гонорее. Является дополнительным методом исследования. В настоящее время диагностическая значимость провокации оспаривается. В то же время опыт работы показывает, что проведение провокации оправдано у больных, когда гонококк в мазках отсутствует, а анамнез и клиническая картина заболевания не позволяют исключить ее. Проведение комбинированной провокации оправдано у предполагаемых источников заражения и лиц,

бывших в контакте с больными гонореей, когда клинические проявления заболевания минимальны или отсутствуют. Исследование основано на провоцировании воспалительного процесса в уретре тем или иным методом. После проведения провокации у пациента в течение трех дней берут мазки для исследования на гонококк. Существуют следующие виды провокации.

- ◆ *Алиментарная* — назначение больному острой и соленой пищи, пива. В состав последнего входит хмель, содержащий лопулин, выводящийся из организма преимущественно почками. Проходя через мочеиспускательный канал, он раздражает его слизистую оболочку.
- ◆ *Иммунобиологическая* — внутримышечное введение 0,5 мл (500 млн микробных тел) гонококковой вакцины. Ее нередко комбинируют с внутримышечным введением 0,5–2,0 мл пирогенала или продигиозана. Женщинам в условиях стационара гоновакцину можно ввести в дозе 50–100 млн микробных тел в шейку матки.
- ◆ *Механическая* — массаж уретры на буже. С этой целью в мочеиспускательный канал вводят прямой буж, размер которого строго соответствует размеру наружного отверстия мочеиспускательного канала. Стерильный и охлажденный буж смазывают глицерином и вводят на 10 мин в передний отдел мужской уретры. Затем производят легкий массаж мочеиспускательного канала на буже с целью получения секрета желез, располагающихся в передней уретре. Вместо бужа можно использовать тубус уретроскопа Валентина, особенно в тех случаях, когда при дальнейшем исследовании необходимо сделать уретроскопию.
- ◆ *Химическая* — введение в мочеиспускательный канал химических веществ, раздражающих уретру. Чаще всего используют нитрат серебра. У мужчин в уретру производят инсталляцию 3–4 мл 0,5–1% раствора. У женщин инсталлируют 3–4 мл 1–2% раствора в уретру и смазывают канал шейки матки 3–5% раствором. Для раздражения слизистой оболочки шейки матки можно использовать раствор Люголя. Мазки после химической провокации лучше брать спустя 2–3 дня. В первые дни в выделениях из мочеиспускательного канала и канала шейки матки обнаруживают много эпителиальных клеток за счет отторжения слизистой оболочки, что часто затрудняет микроскопическое исследование.

Физиотерапевтическая, или термическая — использование диатермии, реже — интравагинальных грязевых тампонов. Абдоминально-вагинально-сакральную диатермию назначают женщинам ежедневно по 30–40 мин в течение 3 дней. Мазки берут спустя 2 ч после каждой процедуры.

- ♦ *Физиологическая* — взятие мазка у женщин из канала шейки матки во время менструации и в течение 3 дней после нее. На практике чаще всего используют комбинированную провокацию. Наиболее удачны следующие комбинации: иммунобиологическая и механическая — у мужчин; иммунобиологическая, термическая и физиологическая — у женщин.

Пункция поясничная (спинномозговая). Взятие спинномозговой жидкости используется с диагностической и лечебной целью. Эта процедура, по сути дела, является малым оперативным вмешательством и должна проводиться в условиях асептики и антисептики. Поясничную пункцию делают в положении сидя или лежа на боку. Используют специальные стерильные иглы с мандренами. Диаметр иглы составляет 0,4–1,5 мм, длина 8–12 см. Если диаметр иглы 0,5–0,6 мм, то процедура наименее травматична. При выполнении пункции, в положении больного сидя, его усаживают на край стола или высокой тумбочки. Ноги больного ставят на стул с таким расчетом, чтобы колени были максимально приближены к животу. Больного просят сложить руки на животе, подбородок прижать к груди, а туловище наклонить вперед. При выполнении процедуры в положении больного лежа на боку он обхватывает руками ноги, согнутые в коленях, и максимально прижимает их к животу. Голова наклоняется вперед и прижимается к груди. В обоих позах спина выгибается в виде дуги, остистые отростки позвонков максимально раздвигаются. Прокол осуществляют между IV и V или III и IV поясничными позвонками. Палочкой с ватным тампоном на конце, смоченным в растворе Люголя или настойке йода, проводят горизонтальную линию, соединяющую верхние края подвздошных костей (линия Якоби). Пересечение этой линии с вертикальной линией позвоночника, проходящей через середину остистых отростков позвонков, соответствует месту будущего прокола. Пальпаторно выявляют здесь небольшое углубление и отмечают его в виде креста. Процедура выполняется в перчатках. Кожу больного обрабатывают 5% спиртовой настойкой йода, затем этиловым спиртом и высушивают стерильным марлевым тампоном. С целью анестезии внутрикожно вводят 0,5–1 мл 1% раствора новокаина.

Пункционную иглу вводят под остистый отросток IV поясничного позвонка по средней линии, медленно продвигают ее вперед и не сколько вверх. Правой (направляющей) руке помогает левая, подталкивающая иглу вперед. Введя иглу на 4–5 см, врач ощущает отчетливый хруст за счет прокола желтой связки. Извлекают мандрен, и из иглы начинает вытекать спинномозговая жидкость. В норме она прозрачная и выделяется каплями. Вытекание жидкости струей свидетельствует о повышенном давлении в спинномозговом канале. Спинномозговую жидкость собирают в две стерильные пробирки по 2–2,5 мл и направляют в лабораторию для исследования. Ватой, смоченной спиртом, придерживают кожу у основания иглы и медленными винтообразными движениями извлекают ее. Место прокола смазывают йодом и накладывают стерильную повязку, фиксируя ее пластырем. После пункции осторожно укладывают больного в постель животом вниз и не разрешают двигаться 3–4 ч. Желательно соблюдать постельный режим в течение суток.

Трехстаканная проба Ядассона. Проводят при вялом течении воспалительного процесса в мочеиспускательном канале, при наличии симптомов заднего уретрита и отрицательной двухстаканной пробе. Предварительно больного просят задержать мочу в течение 4 ч и более. Изотоническим раствором хлорида натрия или 2% раствором борной кислоты промывают передний отдел мочеиспускательного канала. Смыв помещают в стакан, что составляет первую порцию. Затем больного просят помочиться во второй стакан и выделить 50–100 мл мочи. Это вторая порция, содержащая отделяемое, смытое мочой с заднего отдела мочеиспускательного канала. Оставшуюся мочу собирают в третий стакан — третья порция. Наличие изменений (мутность, хлопья, плавающие нити) в первой порции свидетельствует о поражении переднего отдела мочеиспускательного канала, во второй порции — заднего отдела, в третьей порции — мочевого пузыря.

Уретроскопия. Ее проводят с целью диагностики как лечебную процедуру и для установления критерия излеченности. Уретроскоп в собранном состоянии через трансформатор включают в сеть, проверяют осветительную систему и исправность прибора. В разобранном виде стерилизуют тубусы, obtураторы и зонды. Ламподержатель, который не соприкасается со слизистой оболочкой мочеиспускательного канала, протирают этиловым спиртом. Больному необходимо объяснить безопасность уретроскопии и ее целесообразность в каждом конкретном случае. Для анестезии можно ис-

пользовать 2% раствор новокаина, который в количестве 10–15 мл вводится в мочеиспускательный канал шприцем без иглы. Переднюю уретроскопию удобнее проводить в положении больного стоя, заднюю — в гинекологическом кресле. Перед процедурой больной должен освободить мочевой пузырь. Тубус уретроскопа выбирают соответственно диаметру наружного отверстия мочеиспускательного канала. Различают несколько размеров тубуса (21, 23, 25, 27 по шкале Шарьера).

Техника проведения уретроскопии переднего отдела уретры у мужчин проста и доступна каждому врачу. Половой член фиксируется между III и IV пальцами левой руки с освобожденной от крайней плоти головкой, а большим и указательным пальцами максимально раскрывают наружное отверстие мочеиспускательного канала. В правую руку врач берет тубус таким образом, чтобы большой палец фиксировал obturator. Уретроскоп вводят не торопясь, нежными круговыми движениями без насильственного продвижения инструмента. Тубус вводят до сфинктера мочеиспускательного канала и фиксируют левой рукой, а правой удаляют obturator. Зондом с намотанной стерильной ватой, приготовленным заранее, подсушивают поле осмотра. В уретроскоп вставляют ламподержатель с окуляром, соединяя их с диском тубуса. Уретру осматривают, начиная с более отдаленных отделов, чтобы избежать ее травмирования скошенным краем цилиндра тубуса. Тщательно обследуют каждый сантиметр слизистой оболочки. Обращают внимание на ее цвет, рельеф, состояние сосудов, желез, лакун, просвета мочеиспускательного канала.

Техника проведения задней уретроскопии более сложная. Проводя тубус к наружному сфинктеру, больного просят глубоко дышать «животом» и расслабиться. Обеими руками медленно отводят тубус вниз от лобка до такого уровня, чтобы тубус и мочеиспускательный канал составляли прямую линию. Без резких усилий продвигают тубус глубже на 2–3 см. Проходя через сфинктер, врач рукой ощущает легкий провал. Тубус фиксируют большим и указательным пальцами левой руки, а между III и IV удерживают головку полового члена. Obturator удаляют правой рукой. Поле осмотра осушают и вводят в тубус ламподержатель. Через окуляр осматривают сначала позадибугорковую часть, затем — бугорковую вместе с семенным бугорком, и в последнюю очередь — перепончатую часть. При задней уретроскопии обращают внимание на окраску, рельеф и васкуляризацию слизистой оболочки, семенной холмик, отверстия предстательной маточки и семявыносящих протоков.

ГИСТОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД ДИАГНОСТИКИ

Гистологическое исследование является ценным методом диагностики болезней кожи, а при некоторых заболеваниях — решающим. Несмотря на это гистологическое исследование чаще всего только подтверждает клинический диагноз. В связи с этим направление материала на гистологическое исследование должно сопровождаться детальным описанием клиники заболевания. В большинстве случаев лечащий врач в направлении материала на гистологическое исследование указывает сразу несколько возможных диагнозов. Ограничиваться записью «Для диагноза» непрофессионально. В ряде случаев, особенно при выполнении научных исследований, биопсию делают повторно для контроля эффективности проводимой терапии.

В практике используют различные методы биопсии — иссечение, пункцию, электроиссечение. Пункционный метод нельзя считать оптимальным. При нем возможно инфицирование, кровотечение, активация процесса при опухолях. При иссечении ткани электрохирургическими инструментами сравнительно большая часть материала подвергается коагуляции и делается непригодной для исследования.

Самым надежным способом является эксцизионная биопсия. Большинство авторов рекомендуют проводить иссечение в пределах пораженной и нормальной кожи. Единодушны исследователи и в том, что биопсированный участок должен включать подкожную жировую клетчатку. В ряде случаев материал целесообразно брать с нескольких пораженных участков кожи.

Биопсию следует считать малым оперативным вмешательством. Проводится она в стерильных условиях и под анестезией. Инструментами для биопсии служат скальпель, ножницы, щадящие конхотомы. Необходимы также хирургическая игла и шовный материал.

Перед проведением биопсии пораженный участок очищают от гноя, корок, чешуек. Операционное поле обрабатывают спиртом, эфиром или спиртовым раствором йода. Иссекают участок пораженной кожи на границе с нормальной. Проводят гомеостаз и накладывают 2–3 шва.

Биоптат помещают в фиксатор — обычный (нейтральный 10% раствор формальдегида) или специальный, получаемый из лаборатории патоморфологии, где будет проводиться исследование. Необходимо квалифицированно заполнить направление. В нем указывают фамилию, имя, отчество, пол, возраст больного, кратко описывают анамнез заболевания, достаточно полно — клинические проявления, их локализацию на коже. Обязательно следует написать предварительный диагноз(ы).

НАРУЖНАЯ ТЕРАПИЯ ДЕРМАТОЗОВ

При лечении большинства заболеваний кожи применяют наружные препараты. Знание тонкостей наружной терапии отличает врача-дерматолога и косметолога от коллег других специальностей. При этом важно не только запоминать и уметь использовать десятки официальных готовых препаратов, но и при необходимости уметь составлять прописи лекарств, в состав которых входят совместимые ингредиенты, необходимые в каждой конкретной ситуации. Наружная терапия основывается на определенных принципах.

10.1. Принципы наружной терапии

При выборе лекарственного средства и метода его применения необходимо учитывать многочисленные факторы, правильная интерпретация которых повышает эффективность терапии.

- ◆ *Фармакодинамические свойства* лекарств.
- ◆ *Этиологический фактор и патогенетические механизмы* дерматоза.
- ◆ *Локализацию патологического процесса*. Толщина эпидермиса и плотность сально-волосяных фолликулов на различных участках тела варьирует, соответственно, изменяется степень проникновения наружных препаратов. Например, на коже мошонки процесс пенетрации лекарств наиболее

высокий. Некоторые кортикостероидные молекулы адсорбируются в этом регионе в 140 раз сильнее, чем на коже лба.

- ◆ *Сущность патологических изменений на коже:* воспаление, активная или пассивная гиперемия, отек, мокнутие, сухость, гиперкератоз, импетиганизация и др.
- ◆ *Стадию процесса.* При острой, подострой и хронической стадиях дерматозов применяются различные лекарственные формы препаратов.
- ◆ *Индивидуальную непереносимость* отдельными больными той или иной лекарственной формы препарата, например жира.
- ◆ *Механизм действия* лекарственных препаратов. Он может быть противовоспалительным, сосудосуживающим, отбеливающим, разрушающим, этиотропным и т.д. Нередко в одном лекарственном средстве сочетаются сразу несколько механизмов действия, например, при использовании топических кортикостероидов.
- ◆ *Цель,* которую преследует врач при лечении: поверхностное или глубокое, защитное или раздражающее действие препарата, кератолитический или кератопластический эффект и т.д.
- ◆ *Побочные эффекты* лекарственных препаратов, противопоказания к назначению.
- ◆ *Концентрацию* назначаемых лекарственных средств, уменьшение или увеличение которой нередко способствует изменению механизма их действия.
- ◆ *Условия жизни больного.* В амбулаторной практике следует избегать мазей с неприятным запахом или пачкающих одежду.
- ◆ *Возраст пациента.* Кожа новорожденных отличается большей проницаемостью для наружных средств. Например, у детей нередко развивается салицилизм, йодизм или синдром Кушинга.
- ◆ *Предшествующие процедуры.* Обезжиривание кожи, снятие рогового слоя пластырем, скотчем, вскрытие пузырей усиливают ее проницаемость для лекарств.
- ◆ Необходимо знать:
 - что лекарственные препараты действуют более эффективно после очистки очага поражения от корок, ранее используемых паст, взбалтываемых смесей, присыпок;
 - увеличение гидратации рогового слоя, температуры кожи напрямую увеличивают проницаемость (например, при нане-

сении наружных кортикостероидных препаратов под окклюзионную повязку их резорбция увеличивается в 10–100 раз), а использование эмолиентов уменьшает количество используемых топических стероидов.

В практической деятельности нужно использовать относительно небольшое количество уже апробированных лекарственных средств и рецептурных формул.

10.2. Фармакодинамические свойства лекарств

Активные вещества, входящие в состав наружных препаратов, проникают в кожу двумя путями:

- ◆ *трансэпидермально* (через клетки эпидермиса);
- ◆ *трансфолликулярно* (через фолликулы).

Они взаимодействуют с различными структурами кожи. Этот процесс определяют следующие факторы.

- ◆ *Степень высвобождения активного вещества из мазевой основы.* Если активное вещество в мазевой основе растворено более сильно, чем в липидном слое эпидермиса, его действие при наружном использовании будет минимальным.
- ◆ *Адсорбция* — процесс присоединения веществ, входящих в состав наружного средства, к различным структурам кожи за счет образования физико-химических связей. Например, большинство локальных кортикостероидов накапливаются в роговом слое, а затем медленно высвобождаются и проникают в более глубокие слои кожи.
- ◆ *Абсорбция* — процесс поглощения различными слоями кожи активного вещества, освободившегося от мазевой основы. Если принцип адсорбции состоит в присоединении молекул вещества к поверхности различных тканей, то процесс абсорбции заключается в поглощении ими активного вещества.
- ◆ *Пенетрация* — процесс проникновения наружного препарата через роговой слой в эпидермис и далее в дерму. По степени пенетрации (от меньшей к большей) наружные средства можно расположить в следующем порядке: присыпки — примочки — мыла — шампуни — взбалтываемые смеси — спреи — пасты — крема — мази — клеи — пластыри — лаки.

- ◆ *Резорбция* — процесс, при котором активное вещество попадает в кровеносные сосуды.

Процесс проникновения лекарственных веществ в кожу характеризует ее проницаемостью, которая зависит от ряда факторов:

- ◆ фармакохимических свойств лекарства (размера, активности, концентрации молекул);
- ◆ степени растворимости лекарства в мазевой основе и коже;
- ◆ состояния кожного покрова, что зависит от состояния всего организма.

10.3. Классификация наружных средств по механизму действия

В настоящее время одним из основных условий заполнения амбулаторной карты, истории болезни больного, написания рецепта для пациента является использование международных непатентованных названий (МНН) лекарственных препаратов, а не их торговых наименований (ТН), к которым привыкли врачи. Основным недостатком такого подхода является тот факт, что МНН обозначают действующее вещество препарата, а не особенности совокупности всех его составляющих (концентрации действующего вещества, основа препарата, стабилизаторы и т.д.). Такие лекарственные средства выпускаются различными фармацевтическими фирмами, могут быть оригинальными и дженериками, прошедшими уровни доказательности А и В или не иметь таковых. В настоящем руководстве мы попытаемся привести параллельно МНН и ТН наиболее часто применяемых в дерматологической практике препаратов. Это особенно значимо в связи с тем, что в Федеральные клинические рекомендации по лечению дерматозов вошли только МНН. Врачу всегда следует знать, какие лекарства относятся к группе безрецептурных препаратов. Это дает ему возможность конкретизировать название лекарства (ТН), которое больному необходимо купить в аптечной сети, и убедить его не брать предлагаемый фармацевтом аналог в соответствии с МНН.

1. *Этиотропные наружные препараты* являются самыми распространенными в дерматологической практике. Они содержат антибиотики, антисептики, антимикотики, скабициды, педикулоциды, противирусные препараты и др. Ниже в табл. 2–16 приведе-

ны препараты наиболее распространенных этиотропных наружных средств с указанием международного непатентованного названия (МНН) и торгового названия (ТН). Надеемся, что они станут настольным пособием для дерматовенерологов. Учитывая создавшуюся экономическую обстановку в стране, ограничение поступления на отечественный фармакологический рынок зарубежных лекарственных препаратов, ниже приводятся лекарственные средства, имеющиеся в наличии в аптечной сети РФ на 01.06.2015.

Таблица 2

Топические однокомпонентные препараты с антибиотиками

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
<i>I. Аминогликозиды</i>		
Гентамицин	Гентамицин	Мазь 0,1% 15 г
	Гентамицин-АКОС	Мазь 0,1% 15 г
Неомицин	Неомицин	Аэрозоль 1,172% 16 г и 32 г
<i>II. Тетрациклины</i>		
Тетрациклин	Тетрациклин-АКОС	Мазь 3% 15 г и 30 г
	Тетрациклин	Мазь 3% 15 г; глазная мазь 1% 3 г, 7 г, 10 г
<i>III. Макролиды</i>		
Эритромицин	Эритромицин-АКОС	Мазь глазная 10 000 ЕД/г 10 г
	Эритромицин	Мазь 10 000 ЕД/г 10 г и 15 г; мазь глазная 10 000 ЕД/г 10 г
<i>IV. Линкозамиды</i>		
Линкомицин	Линкомицин	Мазь 2% 15 г
Клиндамицин	Далацин	Гель 1% 30 г
	Зеркалин	Раствор 1% 30 мл
	Клиндацин	Суппозитории вагинальные 100 мг
<i>V. Другие группы</i>		
Фузидовая кислота	Фуцидин	Мазь 2% 15 г, крем 2% 15 г
	Фуциталмик	Капли глазные 1% 5 г
	Фузидерм	Крем 2% 15 г
Диоксидин	Диоксидин (воскопран повязка)	Мазь 5% 30 г
Мупироцин	Бактробан	Мазь 2 % 15 г; мазь назальная 2% 3 г
	Бондерм	Мазь 2% 15 г
	Супироцин	Мазь 2% 15 г
Хлорамфеникол	Синтомицин	Линимент 10% 25 г; суппозитории вагинальные 250 мг

Таблица 3

Топические антибактериальные средства с сульфаниламидами

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Сульфатиазол серебра	Аргосульфан	Крем 2% 15 г, 40 г
Сульфадиазин серебра	Дермазин	Крем 1% 50 и 250 г
	Сульфаргин	Мазь 1% 50 г и 800 г

Таблица 4

Топические антибактериальные средства с производными нитроимидазола

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Метронидазол	Метрогил	Гель 1% 30 г; гель вагинальный 1% 30 г; дента-гель 10 г
	Розамет	Крем 1% 25 г
	Розекс	Крем 0,75% 30 г

Таблица 5

Топические комбинированные двухкомпонентные антибактериальные препараты

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
<i>I. Два антибиотика</i>		
Бацитрацин 250 МЕ Неомицин 5000МЕ	Банеоцин	Порошок 10 г; мазь 20 г
<i>II. Нитроимидазол и антимикотик</i>		
Метронидазол 1% Клотримазол 2%	Кломегель	Гель вагинальный 30 г

Таблица 6

Топические однокомпонентные препараты с антисептиками

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Повидон-йод	Бетадин*	Мазь 10% 20 г; раствор 10% 30 мл, 120 мл и 1000 мл; суппозитории 200 мг
Хлоргексидин	Гексикон	Раствор 0,05% 100 мл; суппозитории вагинальные 16 мг, 8 мг; таблетки вагинальные 16 мг
Мирамистин	Мирамистин	Раствор 0,1% 50 мл, 100 мл, 150 мл, 200 мл, 500 мл

*Бетадин (повидон-йод) — антисептик с широким спектром действия. Применяется в дерматологической практике для лечения заболеваний бактериальной, грибковой и вирусной природы. При контакте с кожей от поливинил-пирролидона

освобождается йод, который, вступая в связь с белками клеток микроорганизмов, образует йодамины, коагулирует белки и вызывает гибель возбудителей. Препарат обладает быстрым бактерицидным эффектом, вызывая гибель грамположительных и грамотрицательных бактерий (за исключением *M. tuberculosis*), грибов, липофильных дрожжей рода *Malassezia spp.*, дрожжеподобных грибов рода *Candida spp.*, вирусов, простейших, бледной трепонемы. Резистентности к препарату не зарегистрировано. Выпускается в форме 10% водного раствора для наружного применения по 30, 120 и 1000 мл и в виде 10% мази по 20 г. Отсутствие жжения при тушировании везикул, пустул, эрозий делает его незаменимым в педиатрической практике. При нанесении на кожу образуется окрашенная пленка, сохраняющаяся до высвобождения всего количества активного йода (около 4 часов). Ее исчезновение свидетельствует о прекращении действия препарата.

Таблица 7

Топические комбинированные препараты с антисептиками

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Хлоргексидин 5 мг/г Дексапантенол 50 мг/г	Бепантен плюс	Крем 30 г, 100 г

Таблица 8

**Топические комбинированные препараты
с антибактериальным действием,
включающие лекарственные средства различных групп**

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Хлорамфеникол 0,75% Метилурацил 4%	Левомеколь	Мазь 40 г, 100 г
Эритромицин Цинк ацетат	Зинерит	Порошок 30 г
Клиндамицин 1% Адапален 0,1%	Клензит С	Гель 15 г и 30 г
Эритромицин 20 мг/г Изотретиноин 0,5 мг/г	Изотрексин	Гель 30 г
Метронидазол 0,01% Хлоргексидина глюконат 20% раствор	Дентамет	Гель стоматологический 25 г
Метронидазол 16 мг/г Хлоргексидина диглюконат 20% 2,5 мг/г	Метрогил Дента	Гель стоматологический 10 г, 20 г
Сангвинарина гидросульфат 0,5% Хелеритрина гидросульфат 0,5%	Сангвиритрин	Линимент 0,5% 10 г, 0,2% 50 мл
Хлорамфеникол 2% Масло облепиховое Анестезин Кислота борная	Олазоль	Аэрозоль 80 г

Окончание табл. 8

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Хлорамфеникол 1% Сульфадиметоксин 4% Метилурацил 4% Тримекаин 3%	Левосин	Мазь 40 г, 50 г

Таблица 9

Топические однокомпонентные препараты с антимикотиками

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
<i>I. Азолы</i>		
Бифоназол	Микоспор	Раствор 1% 10 мл, 15 мл и 25 мл; крем 1% 15 г и 20 г; мазь 1% 15 г; пудра 1% 30 г и 100 г; гель 1% 100 г
	Бифосам	Крем 1% 30 г
	Бифосин	Раствор 1% 15 мл и 30 мл; крем 1% 30 г; порошок 1% 30 г; спрей 1% 20 мл
Изоконазол	Травоген	Крем 1% 20 г и 50 г
Кетоконазол	Низорал	Крем 2% 15 г; шампунь 20 мг/г 60 мл
	Микозорал	Мазь 2% 15 г; шампунь 2% 60 мл
	Перхотал	Мазь 2% 15 г; шампунь 1–2% 25 мл, 60 мл, 100 мл
	Себозол	Мазь 2% 15 г; шампунь 100 мл
Клотримазол	Кандид	Раствор 1% 15 мл; раствор спиртовой 1% 20 мл; крем 1% 20 г; порошок 1% 30 г; гель вагинальный 2% 30,0
	Канизон	Раствор 1% 20 мл; крем 1% 20 г; таблетки вагинальные 100 мг
	Клотримазол	Раствор 1% 15 мл; крем 1% 20 г; мазь 1% 20 г, 39 г; таблетки вагинальные 100 мг
	Клотримазол-Акри	Мазь 1% 10 г, 20 г и 25 г
Миконазол	Микозон	Крем 2% 15 г
Оксиконазол	Мифунгар	Крем 1% 30 г
Фентиконазол	Ломексин	Вагинальный крем 2% и 30 г и 78 г; капсулы вагинальные 600 мг, 1000 мг

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Эконазол	Ифенек	Крем 1% 30 мг
	Экодакс	Крем 1% 10 г
<i>II. Аллиламины</i>		
Нафтифин	Экзодерил	Раствор 1% 10 мл; крем 1% 15 г и 30 г
Тербинафина гидрохлорид	Атифин	Крем 1% 15 г
	Бинафин	Крем 1% 10 г
	Ламизил	Спрей 1% 15 мл крем 1% 15 г и 30 г
	Ламизил дермгель	Гель 1% 15 г
	Ламизил УНО	Гель 1% 4 г; раствор 1% 4 мл
	Ламитель	Спрей 1% 20 г
	Тербизил	Крем 1% 15 г
	Тербинафин	Крем 1% 10 г, 15 г, 30 г
	Тербинафин-МФФ	Мазь 1% 15 г
	Тербифин	Крем 1% 10 г; спрей 1% 15 мл и 30 мл
	Термикон	Крем 1% 15 г и 30 г; спрей 1% 15 мл и 30 мл
	Унгусан	Крем 1% 15 г
	Фунготербин	Крем 1% 15 г; спрей 1% 30 мл
Экзифин	Крем 1% 10 г	
<i>III. Полиены</i>		
Натамицин	Пимафуцин	Крем 2% 30 г; вагинальные свечи 100 мг
<i>IV. Сертаконазол</i>		
Сертаконазол	Залаин*	Крем 2% 20 г; свечи вагинальные 300 мг
	Сертамикол	Крем 2% 20 г; раствор 2% 15 мл
<i>V. Другие группы</i>		
Аморолфин	Лоцерил	Лак для ногтей 5% 2,5 мл и 5 мл
Ундециленовая кислота	Микосептин	Мазь 30 г
Хлорнитрофенол	Нитрофунгин	Раствор 1% 25 мл
Циклопироксо-ламина	Батрафен	Лак для ногтей 8% 3 г; крем 1% 15 г

* Залаин (сертаконазол), ЗАО «Фармацевтический завод ЭГИС», Венгрия, — антимикотик для местного применения. Представляет собой производное имидазола и бензотиафена. Наличие в молекуле азолового кольца способствует угнетению синтеза эргостерола в клеточной мембране грибов, что прерывает

процесс их размножения (фунгистатическое действие). Бензотиофен встраивается в клеточную стенку грибов вместо аминокислоты триптофана, что приводит к ее перфорации и гибели (фунгицидное действие). Комплексное воздействие снижает риск развития резистентности микроорганизмов и уменьшается число рецидивов. Обладает широким спектром специфической активности. Вызывает гибель дерматофитов (*Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Microsporum*), дрожжеподобных грибов рода *Candida spp.*, липофильных дрожжей рода *Malassezia spp.*, условно-патогенных плесневых грибов (*Aspergillus*, *Fuzarium*, *Scopularopsis*, *Altermania*, *Acremonium*), грамположительных бактерий (стрептококки и стафилококки), трихомонад. Ингибирует диморфную трансформацию *C. albicans*, нарушая процесс превращения клеток-почек в псевдомицелиальную форму, что является ключевым механизмом в патогенезе кандидоза. Не обладает системным действием. Высокая липофильность препарата способствует накоплению его в глубоких слоях кожи, что сохраняет в ней терапевтическую концентрацию в течение 48 часов после аппликации. Выпускается в виде 2% крема в тубах по 20 г. Наносится 2 раза в сутки. Длительность курса зависит клинического случая и обычно составляет 2–4 недели.

Залаин применяется более чем в 60 странах мира. В 1993 году получил премию Галена за разработку в области фармакологии, в 1995 году — премию Европейской фармакопеи, признавшей его лучшим лекарством в Испании, в 2004 году — одобрен FDA. В России используется с 2006 года, а в 2012-м получил статус безрецептурного препарата.

Таблица 10

Противочесоточные препараты (скабициды)

МНН	Торговое название	Лекарственная форма	Контингенты
5% концентрат эмульсии перметрина в этаноле	Медифокс	0,4% эмульсия готовится <i>ex tempore</i> путем разбавления 8 мл 5% концентрата эмульсии перметрина в этаноле водой комнатной температуры до объема 100 мл	Детям с годовалого возраста, взрослым, беременным — с осторожностью
Бензилбензоат	Бензилбензоат	Эмульсия и мазь	Детям с 3-летнего возраста 10% концентрация, взрослым — 20% концентрация
Сера осажденная	Серная мазь	Мазь	Детям с 3-летнего возраста 5% концентрация, взрослым 20–33% концентрация

МНН	Торговое название	Лекарственная форма	Контингенты
Эсдепаллетрин с добавлением пиперонилбутоксид	Спрегаль	Средство в аэрозольной упаковке	Детям без возрастных ограничений, взрослым, беременным — с осторожностью

Таблица 11

Препараты для лечения головного педикулеза

Действующее вещество (МНН)	Торговое название	Препаративная форма	Содержание суммарного ДВ в препарате (концентрация рабочей эмульсии по ДВ)	Применение
<i>Фосфорорганические соединения</i>				
Малатион	Доброхим М	Концентрат эмульсии	57% (0,5%)	С 16 лет
	Медилис – малатион	Концентрат эмульсии	40% (0,5%)	С 16 лет
Фентион	Доброхим ФОС	Концентрат эмульсии	20% (0,2%)	С 16 лет
	Медилис-супер	Концентрат эмульсии	24% (0,2%)	С 16 лет
	Сульфокс	Концентрат эмульсии	20% (0,2%)	С 16 лет
Смесь малатиона и перметрина	Пара-Плюс	Спрей	Малатион — 0,5%, перметрин — 1%, пиперонилбутоксид — 4%	С 2,5 лет
	Велотрин лосьон	Лосьон	Малатион — 0,3%, перметрин — 1%	С 5 лет
Смесь фентиона и перметрина	Клинч	Концентрат эмульсии	20% (0,2%)	С 18 лет
	Медилис-Пермифен	Концентрат эмульсии	20% (0,25%)	С 16 лет
	Форсайт-антивошь	Концентрат эмульсии	10% (0,1%)	С 18 лет
<i>Сложные эфиры</i>				
Изопропиловый эфир миристиновой кислоты (изопропилмирилат)	Фулл Маркс	Жидкость	Изопропилмирилат — 50%, циклометикон — 50%	С 5 лет

Окончание табл. 11

Действующее вещество (МНН)	Торговое название	Препаративная форма	Содержание суммарного ДВ в препарате (концентрация рабочей эмульсии по ДВ)	Применение
Бензиловый эфир бензойной кислоты (бензилбензоат)	Фоксилон-лосьон	Лосьон	20%	С 5 лет
	Фоксилон-спрей	Спрей	20%	С 5 лет
<i>Полидиметилсилоксаны (диметиконы)</i>				
Диметиконы	Нюда	Спрей	92%	С 3 лет
	Хедрин	Жидкость	4%	С 3 лет
	Паранит-спрей	Спрей	Диметикон — 4%, изопар — 96%	С 3 лет
	Паранит-лосьон	Лосьон	диметикон — 4%, изопар — 96%	С 3 лет
	Паранит® сенситив	Спрей	Комплекс оксифтирин, в том числе диметикон — 4%	С 1 года
	Дюранит-лосьон	Лосьон	Диметикон — 6%, циклопентасилоксан — 94%	С 1 года
<i>Минеральные масла</i>				
	Паранит® шампунь	Шампунь	Клеарол — 69,25%	С 3 лет
	Шампунь «Педикулен Ультра»	Шампунь	Вазелиновое масло — 55%	С 3 лет
<i>Эфирные масла</i>				
	Медилис – био	Лосьон	Гвоздичное масло — 10%	С 5 лет
	Педикулен® Ультра	Лосьон	Анисовое масло — 6%	С 5 лет

Примечание. Препараты в форме концентрата эмульсии разводят водой согласно инструкции по применению до нужной (рабочей) концентрации эмульсии, все остальные — готовые к применению формы

Таблица 12

Противогерпетические препараты для наружного применения

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Ацикловир	Ацикловир	Мазь 3%, 5% 5 г и 10 г
	Ацикловир Белупо	Крем 5% 2 г, 5 г, 10 г

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
	Ацикловир Сандоз	Крем 5% 2 г и 5 г
	Ацикловир-Акри	Мазь 5% 5 г
	Зовиракс	Крем 5% 2 г, 5 г, 10 г; глазная мазь 3% 4,5 г; дуо-актив крем 5% 2 г
	Виворакс	Крем 5% 5 г
	Виролекс	Крем 5% 5 г; мазь 5% 5 г; глазная мазь 3% 4,5 г
	Гервиракс	Крем 5% 10 г
	Герперакс	Мазь 5% 5 г
	Ацигерпин	Крем 5% 5 г и 10 г
Ганцикловир	Зирган	Глазной гель 0,15% 5 г
Пенцикловир	Фенистил Пенцивир	Крем 1% 2 г, 5 г
	Фенистил Пенцивир с то- низирующим эффектом	Крем 1% 2 г
Тромантадина гидрохлорид	Виру-Мерц Серол	Гель 1 % 5 г
Рибаверин	Девирс	Крем 7,5% 15 г
Докозанол	Эразабан	Крем 10% 2 г
Оксолин	Оксолин	Мазь назальная 0,25% 10 г
Интерферон челове- ческий рекомбинантный альфа-2	Виферон	Мазь 40 000 МЕ/г 12 г; гель 36 000 МЕ/г 10 мл, 12 г
Интерферон альфа-2b рекомбинантный	Инфагель	10 000 МЕ/г 2 г, 3 г, 5 г

Таблица 13

**Средства растительного происхождения
(специфические ингибиторы вирусной ДНК)**

МНН	Торговое название	Лекарственная форма
Тетрагидроксиглюко- пиранозилксантен	Алпизарин	Мазь 2% и 5% 10 г
Глицирризиновая кислота	Эпиген Интим	Спрей 0,1% 15 мл, 60 мл; гель для интимной гигиены 250 мл; комплекс для увлажнения интим- ных зон 3,5 мл; салфетки влажные для интимной гигиены
Биологически актив- ный полисахарид из растения <i>Solanum tuberosum</i> (Паслен клубненосный)	Панавир	Гель 0,002% 3 г, 30 г; Гель Инлайт-спрей 40 мл для полости рта; Гель Интим-спрей 40 мл

2. *Кератопластические средства* способствуют нормальному рогообразованию. Кератопластическим эффектом обладают сера, ихтиол, деготь, резорцин, АСД фракции III, витамины А и Е и мази с их содержанием (радевит, видестим) и др.

3. *Кератолитические препараты* способствуют размягчению, растворению, отшелушиванию рогового слоя эпидермиса. В качестве кератолитического средства применяются кислоты (салициловая, молочная, бензойная, азелаиновая), щелочи, резорцин, хризоробин, мочевины, мыла и др. При лечении дерматофитий, протекающих с выраженным гиперкератозом, можно использовать комбинированные препараты, включающие антимикотики и кератолитики. Для ухода за сухой, огрубевшей и потрескавшейся кожей хорошо зарекомендовал себя препарат уродерм, содержащий 30% мочевины.

4. *Противозудные препараты* способствуют уменьшению или исчезновению зуда. Они подразделяются на три группы:

- ◆ Обладают только противозудным эффектом. К ним относятся ментол, анестезин, тримекаин, новокаин, тимол, нашатырный и резорциновый спирты, низкие концентрации лимонной, уксусной, карболовой кислот, крахмальные ванны и ванны с отрубями.
- ◆ Препараты антигистаминного, антисеротонинового, антибрадикининного действия, влияющие на течение реакции антиген-антитело.
- ◆ Комбинированные препараты. Они сочетают несколько механизмов действия — деготь, сера, нафталанская нефть, кортикостероидные препараты.

5. *Раздражающие препараты* способствуют раздражению рецепторного аппарата кожи, вызывая активную гиперемию, гиперлимфемию, устраняют застойные явления, а также действуют рефлекторно через нервную систему на весь организм. К этой группе препаратов относятся красный перец, камфара, бальзамы Шостаковского и «Золотая звездочка», бодяга, скипидар и др.

6. *Прижигающие препараты* обладают разрушающим действием. Они делятся на действующие поверхностно и глубоко. К ним относятся ляпис (азотнокислое серебро), кристаллический марганцовокислый калий, различные кислоты (уксусная, трихлоруксусная, пирогалловая, салициловая, молочная, хромовая). Имеются специальные прижигающие средства — подофиллин, кондилиин, ферезол, веррукацид, жидкий азот.

7. *Депигментирующие средства* способствуют исчезновению или уменьшению пигментации. Для этой цели используют кератолитические и отбеливающие препараты. В качестве кератолитических средств применяют салициловую, молочную кислоты, бодягу, серу, сулему, резорцин, зеленое мыло и др. Отбеливающим эффектом обладают перекись водорода, пергидроль, лимонный сок, лимонная кислота, белково-квасцовые или белково-солевые маски и др.

8. *Фотозащитные препараты* предназначены для защиты кожи от действия солнечных лучей. Этим эффектом обладают салол, танин, хинин, натриевая или калиевая соли парааминобензойной кислоты, антипирин и др. В настоящее время различными фармацевтическими фирмами созданы фотозащитные крема (серия «Фотодерм»).

9. *Средства, способствующие пигментации*, активизируют процессы меланогенеза в коже. С этой целью используют бергамотовое масло, препараты фотокумаринового ряда (меланин, аммифурин, бероксан, псорален и др.).

10. *Противовоспалительные препараты* обладают сосудосуживающим (ТКС), антифлогистическим (бутадиион, индометацин, мекенамовая кислота), кератопластическим, противозудным эффектами. Часто перечисленные механизмы действия сочетаются.

11. *Ретиноиды* — препараты на основе ретинойной кислоты широко применяются в дерматологии и косметологии, особенно при лечении акне и розацеа.

Таблица 14

Топические однокомпонентные препараты с ретиноидами

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
<i>Изотретиноины</i>		
Изотретиноин	Ретиноевая мазь	Мазь 0,1% 35 г, 20 г, 15 г, 10 г; 0,05% 35 г, 20 г, 15 г, 10 г; 0,01% 35 г, 20 г, 15 г, 10 г
	Ретасол	Раствор 0,025% 50 мл, 30 мл, 20 мл, 15 мл, 10 мл
<i>Адапалены</i>		
Адапален	Дифферин	Крем 0,1% 30 г, гель 0,1% 30 г
	Клензит	Крем 0,1% 30 г и гель 0,1% 30 г
	Адаклин	Крем 0,1% 30 г
	Адолен	Гель 0,1% 3 г, 5 г, 10 г, 15 г, 30 г
<i>Ретинол</i>		
Ретинола пальмитат	Видестим	Мазь 0,5% 35 г, 20 г, 15 г, 10 г
Ретинола ацетат	Ретинол	Раствор для приема внутрь и наружного применения 10 г, 15 г, 30 г, 50 г, 100 г

Таблица 15

**Топические комбинированные двухкомпонентные препараты
с ретиноидами**

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
<i>I. Изотретиноин и антибиотик</i>		
Изотретиноин Эритромицин	Изотрексин	Гель 6 г, 25 г, 30 г, 40 г, 50 г
<i>II. Адапален и антибиотик</i>		
Адапален Клиндамицин	Клензит-С	Гель 15 г и 30 г
<i>III. Адапален и бензоилпероксид</i>		
Адапален и Бензоилпероксид	Эффезел	Гель 1 мг/г + 25 мг/г 30г
<i>IV. Ретинол и метилурацил</i>		
Ретинол Метилурацил	Редецил	Мазь 0,5% + 3% 10 г, 20 г, 35 г

Таблица 16

**Топические комбинированные многокомпонентные препараты
с ретиноидами**

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Ретинола пальмитат α -токоферола ацетат Эргокальциферол	Радевит Актив	Мазь 10 мг/5 мг/50 мкг 10 г, 15 г, 20 г, 35 г
	Радевит	Мазь 10 мг/5 мг/50 мкг 10 г, 15 г, 20 г, 35 г
Ретинола пальмитат Бетакаротен Витамин Е Менадион	Аекол	Раствор для местного и на- ружного 100 г
Ретинальдегид, Эффектиоза, Гликолевая кислота	Триакнеаль	Крем 30 мл

12. *Вяжущие* — препараты, вызывающие ретракцию кожи. Их использование уменьшает размер пор на лице и других участках кожи, что снижает потоотделение, а также способствует определенной денатурации эпидермальных клеток. Вяжущим действием обладают препараты алюминия и солей циркония, танин, низкие концентрации нитрата серебра, кора дуба и др. Однако эффект этих препаратов очень кратковременный.

10.4. Критерии выбора наружных препаратов

Выбор тех или иных наружных лекарственных средств основывается на определенном опыте, накопленном поколениями дерма-

тологов и самим врачом. Этот опыт привел к созданию определенных правил назначения наружной терапии при заболеваниях кожи. При этом учитывается следующее:

- ◆ тип действия лекарств (противозудные, противовоспалительные, антибактериальные и др.);
- ◆ тип высыпаний на коже; старое правило в дерматологии гласит: «Мокрое — на мокрое, сухое — на сухое»;
- ◆ изменение типа высыпаний во время лечения должно изменять и тактику лечения;
- ◆ в процессе лечения необходимо либо повышать концентрацию лекарственных средств, либо переходить на другие более активные средства;
- ◆ чем острее процесс, тем поверхностнее должен действовать препарат, таким эффектом обладают присыпки и примочки;
- ◆ эффективность лечения зависит от правильности инструктажа врачом больного или его родственников.

10.5. Лекарственные формы для наружной терапии дерматозов

Растворы — жидкая лекарственная форма, получаемая путем растворения в дистиллированной воде (реже в этиловом спирте) твердого или жидкого лекарственного вещества. Растворы используются в виде примочек, влажно-высыхающих повязок, дерматологических компрессов, обтираний, смазываний, втираний, промываний, общих и местных ванн.

Примочка — применение водных или водно-спиртовых растворов с лечебной целью. Используют препараты, обладающие противовоспалительным, вяжущим, дезинфицирующим действием. Охлаждающий эффект примочки приводит к сужению сосудов и уменьшению воспаления. Добавление спирта ускоряет испарение и усиливает охлаждение. Повязка из 4–6 слоев полотна или марли, смоченная соответствующим раствором комнатной температуры и слегка отжатая, накладывается на пораженный участок кожи. Примочку необходимо менять каждые 5–10 мин в течение 1 ч или более. Обычно примочки применяют на ограниченные участки поражения несколько раз в день в течение 1–3 дней до уменьшения мокнутия или островоспалительной эритемы. При более длительном воздействии кожа в очагах становится сухой, могут появляться трещины. При затяжных процессах рекоменду-

ется менять состав примочек. Грудным детям примочки желатель- но не применять.

Влажно-высыхающая повязка отличается от примочки сроком ее пребывания на коже. Она остается на очаге поражения на коже до ее полного высыхания.

Дерматологический компресс — влажная герметическая повязка (без ваты). Полотно или марля, сложенные в 10–15 слоев, по размеру соответствующих очагу поражения, смоченные раствором и энергично выжатые, накладываются на кожу. Компрессная кле- енка или вошенная бумага должны на 0,5–1 см выходить за преде- лы очага поражения. Здоровую кожу необходимо предохранять от мацерации смазыванием цинковой пастой. В отличие от при- мочки дерматологический компресс действует влажным теплом. При остром процессе компрессы меняются каждые 3 ч, при подо- стром — через 6–10 ч, при хроническом — компресс наносится на пасту.

Наиболее распространенные примочки: борная кислота (2%), резорцин (1–2%), риванол (0,1%), фурацилин (1:2000), азотнокис- лое серебро (0,25–0,5%), перманганат калия (1:10 000), свинцовая вода, жидкость Бурова, танин, отвары трав и др.

Рецепты примочек:

Rp: Sol. Acidi Borici 2% 500 ml

D.S. Наружно, для примочек при остром дерматите.

#

Rp: Sol. Resorcini 1% (2%) 500 ml

D.S. Наружно, для примочек при дисгидротической экземе.

#

Rp: Tab. Furacilini 0,02

Dtd № 10

D.S. Растворить 1 таблетку в 100 мл воды. Применять в виде примочек при микробной экземе.

Спиртовые растворы наиболее часто применяются для прижига- ний микротравм, туширования гнойничков, обработки ограничен- ных по площади участков кожного покрова. Широко используются спиртовая настойка йода, метиленовый синий, краска Каstellани (фукорцин), бриллиантовый зеленый, и водный раствор бетадина.

Rp: Sol. Jodi spirituosae 2% 20 ml

D.S. Наружно, для смазывания подошв при рубромикозе.

Rp: Sol. Fucorcini 20 ml (краска Каstellьяни)

D.S. Наружно, для туширования гнойничков и эрозий при пиодермии.

#

Rp: Sol. Metilleni cerulei spirituosae 1% 10 ml

D.S. Наружно, для туширования пустул у детей.

В настоящее время растворы применяются для удаления бородавок (кондили́н, фerezол), обработки слизистой полости рта при микозах (кандид), смешанной бактериально-микотической и вирусной инфекции (бетадин).

Ванны являются недорогим и эффективным методом наружной терапии как для всей поверхности тела, так и для отдельных его частей (кистей, стоп). Ванны способствуют удалению корок и чешуек.

- ◆ Дегтярные ванны: 2 столовые ложки на полванны теплой воды.
- ◆ Крахмальные ванны: 0,5 кг на полванны теплой воды.
- ◆ Коллоидные ванны: 1 пачку овсяных хлопьев высыпают в хлопчатобумажный мешочек, помещают 5-литровую кастрюлю и кипятят, затем выливают содержимое в ванну с теплой водой, а содержимое мешочка тщательно отжимают в воде.

Присыпки (пудры) состоят из порошкообразных веществ, которые наносятся тонким слоем на пораженный участок кожи ватным или марлевым тампоном. Пудры действуют аналогично влажным повязкам. Поглощая влагу, они усиливают испарение воды и обладают охлаждающим и противовоспалительным действием. Пудры используют для защиты кожи от неблагоприятного действия внешних факторов (УФО, пыль и др.), для ее обезжиривания.

Для изготовления пудр применяют растительные и минеральные порошкообразные гигроскопические вещества: крахмал (*Amylum triticum*), кремнекислая соль магния (*Talcum venetum*), окись цинка (*Zincum oxydatum*), белая глина (*Bolus album*). При необходимости в пудру добавляют то или иное лекарственное вещество. Для лечения эрозий и язв в состав присыпок вводят сульфаниламиды, ксероформ, дерматол. При наличии гнойничков к ним добавляют антисептические вещества (висмут, дерматол, сульфаниламиды), для усиления противозудного эффекта — ментол, анестезин. Для получения жирных присыпок добавляют нафталанскую нефть.

Методика применения: припудривают участки поражения 2–3 раза в день. Растительные пудры нельзя употреблять при пиодермиях

(процесс брожения), в складках, в местах, подвергающихся трению. Существенным недостатком пудр является способность пересушивать кожу. Поэтому при сухой коже лучше применять ликоподий или жирные пудры, выпускаемые парфюмерной промышленностью.

Рецепты пудр:

Rp: Talci veneti

Zinci oxidati

Amyli tritici aa 10,0

M.D.S. Наружно, припудривать кожу лица и груди при жирной себорее.

#

Rp: Talci veneti

Zinci oxidati aa 15,0 Mentholi 0,6

M.D.S. Наружно, припудривать кожу стоп при истинной экземе после прекращения мокнутия в качестве противозудного средства.

Официальные присыпки: кандид, бифосин, банеоцин, бодяга обыкновенная, одабан антиперспирант — присыпка для ног и обуви.

Взбалтываемые смеси (болтушки, жидкие пудры, взбалтываемые микстуры) — водные, масляные, водно-спиртовые. Представляют собой смесь 30–50% порошкообразных и 70–50% жидких веществ. Сочетают в себе действие примочки (до высыхания) и пудры (после высыхания). Глицерин, входящий в состав взбалтываемой смеси, способствует скорейшему взбалтыванию, равномерному распределению порошка и закреплению его на коже. Количественное соотношение порошка и жидкости меняется в зависимости от показаний. Если кожу надо охладить, добавляется больше воды, для ускорения высыхания вводится спирт, для создания защитной пленки должно преобладать количество порошка. Для профилактики пересушивания кожи используют масляные болтушки (линименты), которые состоят из окиси цинка (30%) и растительных масел (70%). Взбалтываемые смеси показаны при острых и подострых поражениях кожи без мокнутия, особенно при распространенном процессе. Болтушку тщательно взбалтывают перед употреблением. Наносят на кожу ватным тампоном 2–3 раза в день.

Рецепты взбалтываемых смесей:

Rp: Zinci oxidati

Talci veneti

Amyli Tritici aa 10,0

Glycerini 15 ml
Aq. destil. ad 100 ml

M.D.S. Наружно, наносить на кожу при медикаментозной токсикодермии. Перед употреблением взбалтывать.

#

Rp: Zinci oxidati
Talci veneti
Amyli tritici aa 30,0
Glycerini
Spiritus aethylici 96° aa 25 ml
Aq. destill. ad 220 ml

M.D.S. Наружно, наносить на кожный покров при детской чесотке. Перед употреблением взбалтывать.

Унифицированная взбалтываемая смесь — циндол.

Мыла — лекарственная форма с добавлением антисептического средства. Имеют моющее и противомикробное действие. Показаны пациентам с легкими формами акне, пиодермии, пациентам в до- и послеоперационном периоде.

Официальные мыла: атодерм, сейфгард, дегтярное, сульсеновое и др.

Шампуни — жидкая лекарственная форма с моющим эффектом. Арсенал шампуней, выпускаемых фармацевтической промышленностью включает множество средств: селенцин, фридерм с дегтем, фридерм с цинком, фридерм рН-баланс, келюаль, NODE-ДС, низорал, кетоплюс, себозол, микозорал и др.

Аэрозоли — дисперсная система, состоящая из газовой среды, в которой взвешены твердые и жидкие лекарственные препараты. Они обычно содержат кортикостероиды, антибиотики, антимикотики и выпускаются в герметичных специальных баллонах с клапанным устройством. По механизму действия близки к взбалтываемым взвесьям. Применяются при воспалительных заболеваниях кожи, в том числе сопровождающихся мокнутием и пиодермией. Методика применения состоит в орошении пораженных участков 2–3 раза в день.

Наиболее часто дерматологи используют аэрозоль Спрегаль (чесотка), Левомеколь (пиодермия), Скин-кап (атопический дерматит), Польшкорталон (пузырчатка), Ламизил (микозы), Паралюс (дезинфекция помещения, одежды, обуви при чесотке) и др.

Пасты представляют собой смесь равных количеств жировых веществ (ланолин, вазелин, нутряной свиной жир) и порошков (окись цинка, тальк, крахмал, белая глина). Они действуют глуб-

же, чем болтушки, но поверхностнее, чем мази. Поглощая и испаряя экссудат, пасты охлаждают кожу и, следовательно, обладают подсушивающим и противовоспалительным действием. Наличие жира способствует размягчению чешуек и корок, а также смягчает кожу. Пасты хорошо изолируют кожу от трения и раздражения выделениями — защитное действие. Меняя соотношение жир—пудра можно составить более твердые (густые = 1:2) и более мягкие (жидкие = 2:1) пасты. Первые намазывают непосредственно на кожу, вторые — на марлю и закрепляют повязкой. Не рекомендуется применять пасты на коже, густо покрытой волосами.

Пасты назначают при остром и подостром воспалении без выраженного мокнутия и при хроническом инфильтративном воспалительном процессе, увеличив при этом в лекарственной форме содержание жировых веществ. Регулируя содержание активных веществ (салициловая, карболовая кислоты, сера, деготь, нафталан, ихтиол, АСД и др.), можно получить кератопластический (редуцирующий) или кератолитический (растворяющий) эффекты.

Пасты наносят тонким слоем на очаги 2—3 раза в день. Остатки пасты снимают теплым растительным маслом или другим жиром ежедневно. В наружной терапии нередко используется «метод бутерброда». Это нанесение пасты на кожу после ее предварительного смазывания кортикостероидной мазью.

Рецепты паст:

Rp: Zinci oxidati (цинковая паста)

Talci veneti

Lanolini

Vaselini aa 30,0

M.D.S. Наружно, наносить на очаги поражения при экземе после прекращения мокнутия.

#

Rp: Acidi Salicylici 0,6 (паста Лассара)

Zinci oxidati

Talci veneti

Lanolini

Vaselini aa 7,5

M.D.S. Наружно, смазывать очаги поражения при экссудативном псориазе.

#

Рр: Pastae Zinci 50,0

АСД ф Ш 5,0

М.Д.С. Наружно, смазывать кожу лица при детской экземе после прекращения мокнутия.

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

Мазевые основы бывают четырех типов:

- ◆ *минеральные* (парафины, вазелин);
- ◆ *растительные* (оливковое, персиковое, подсолнечное масла, фосфолипиды типа лецитина и др.);
- ◆ *животные* (ланолин, очищенное свиное сало);
- ◆ *синтетические* (силикон, САКАП — редко сшитый акриловый полимер и др.).

Мази бывают:

- ◆ *гидрофильными* — монофазная система, не смешивающаяся с водой. Они наиболее комфортны для пациента, легко наносятся и не засаливают кожу. Гидрофильные мази являются эмульсиями «вода в масле»;
- ◆ *гидрофобными* — состоят из вазелина и имеют консистенцию жира. Они менее комфортны, но обладают более глубоким действием. Обладая выраженной окклюзией, могут спровоцировать мацерацию кожи. Их не наносят на участки с обильным ростом волос.

В мазевые основы вводят серу, деготь, салициловую кислоту, нафталан, ихтиол, резорцин и др. вещества. При пиодермиях добавляют антибиотики, антисептики. В небольших концентрациях (до 3%) салициловая кислота и резорцин вызывают кератопластический эффект, в больших концентрациях (5% и более) — кератолитический. Мази используют преимущественно при хронических дерматозах, сопровождающихся инфильтрацией, выраженным шелушением, для лечения грибковых и паразитарных заболеваний кожи, для ее смягчения и т.д. Рассчитывая на кератопластическое действие мази, очаги смазывают 2–3 раза в день. Для получения кератолитического эффекта мазь наносят под повязку, в том числе окклюзионную, 1–2 раза в день.

Рецепты мазей:

Rp: Ung. Acidi Salicylici 2% (5%, 10%) 50,0

D.S. Наружно, смазывать псориазические высыпания.

#

Rp: Ung. Erythromycini 10,0

D.S. Наружно, наносить на гнойнички после их подсыхания.

#

Rp: Ung. Ichthyoli 10% 50,0

D.S. Наружно, накладывать марлевую повязку с мазью на фурункулы.

#

Rp: Ung. Heliomycini 15,0

D.S. Наружно, смазывать гнойнички и гнойные корки при поверхностной пиодермии у детей.

#

Rp: Ung. Prednisoloni 0,5% 10,0

M.D.S. Наружно, втирать в кожу при контактном аллергическом дерматите.

#

Rp: Ung. Advantani 15,0

D.S. Наружно, втирать в кожу рук при хронической экземе.

#

Rp: Ung. Travocorti 15,0

D.S. Наружно, смазывать пораженные стопы при микозе, осложненном вторичной инфекцией.

#

Rp: Ung. Nystatini 10,0

D.S. Наружно, смазывать слизистую оболочку половых органов при кандидозном вульвовагините.

#

Rp: Acidi Salicylici 12,0 (отслойка по Ариевичу)

Acidi Lactici 6,0

Vaselini ad 100,0

M.D.S. Наружно, для отслойки рогового слоя эпидермиса при микозах стоп.

#

Rp: Ung. Zinci 50,0

Dimedroli 0,5

M.D.S. Наружно, смазывать кожу при атопическом дерматите.

Мази нашли широкое применение в дерматологической практике. Приоритет их использования определяется индивидуальным опытом врача. В таблицах, приведенных выше, отмечены мази, используемые при различных нозологических формах дерматозов.

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, редко шитый акриловый полимер и др. В кремы часто вводят противозудные (димедрол, ментол), отшелушивающие (салициловая кислота) вещества, мочевины, витамины А, Е, кортикостероиды и другие средства. Арсенал кремов, выпускаемых фармацевтической промышленностью, достаточно широк и постоянно обновляется.

При нанесении кремов кожа смягчается и увлажняется, очищается от чешуек, корочек, сохраняется ее дыхание, проявляются охлаждающий, сосудосуживающий, противовоспалительный эффекты. Кремы применяются при дерматозах, сопровождающихся сухостью, трещинами, шелушением кожи, зудящих и инфильтративно-десквамативных дерматозах. Крем обычно втирается в очаги поражения 1–3 раза в день.

Кольдкрем представляет собой масло в воде, что позволяет достичь более быстрого охлаждающего эффекта.

Рецепты кремов:

Rp: Lanolini (крем Унны)

Vaselini

Aq. destill. aa 30,0

M.D.S. Наружно, смазывать кожу при ихтиозе.

#

Rp: Lanolini

Ol. Helyanthi

Aq. destill. aa 30,0

M.D.S. Наружно, смазывать кожу при нейродермите.

#

Rp: Acidi Salicylici 3,0
Lanolini
Vaselini
Aq. destill. aa 30,0

M.D.S. Наружно, смазывать высыпания при псориазе.

Приоритет выбора того или иного крема или мази, выпускаемых различными фармацевтическими фирмами, определяется индивидуальным опытом врача.

Лосьоны чаще всего являются эмульсиями «масло в воде», но с большим содержанием воды. Лосьоны, по сути дела, являются более жидкой формой кремов. Используются в качестве моющих и увлажняющих средств. Применяются в острой стадии дерматоза. Впитываются намного быстрее, чем кремы. Их основная область применения — большие по площади участки кожного покрова, участки с обильным ростом волос и слизистые оболочки. Недостаток — быстрое высыхание. Лосьоны нашли широкое применение в косметологической практике.

Лаки представляют собой жидкости, быстро высыхающие на поверхности кожи с образованием пленки. Основа лаков — эластический коллодий с 10% содержанием касторового масла или травмацитина (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. Удаляется бензином. Оказывает кератолитическое и фунгицидное действие. Применяется для лечения оmozолелостей, бородавок, онихомикозов, микозов стоп с целью отслойки рогового слоя и т.п. Методика нанесения лаков индивидуальна при каждом дерматозе.

Рецепт лака:

Rp: Acidi Salicylici
Resorcini
Ricini aa 10,0
Collodii elastici ad 100,0

M.D.S. Наружно, для отслойки рогового слоя на подошвах.

Официальные лаки: лоцерил, батрафен. Лаки входят в наборы для лечения онихомикоза (микозан и микоспор).

Пластырь дерматологический — лекарственная форма, включающая воск или канифоль, обуславливая его густую и липкую конси-

стенцию. В состав пластыря вводят кератолитические концентрации салициловой кислоты, мочевины, йода, карболовой, уксусной кислот и др. Механизм действия зависит от вводимых в пластырь веществ и может быть рассасывающим, отслаивающим, разрыхляющим, дезинфицирующим, фунгицидным и т.д. Используются для удаления ороговелостей, разрыхления ногтей, лечения ногтевого ложа при онихомикозах, веррукозной форме красного плоского лишая и др. Перед применением очаг поражения протирают спиртом, пластырь разогревают и фиксируют на очаге поражения. Меняют раз в 2–3 дня.

Рецепты дерматологических пластырей:

Rp: Acidi Salicylici 10,0
Cerae albi 5,0
Emplastri Plumbi 45,0

M.D.S. Наружно, для удаления мозолей.

#

Rp: Urae puri (уреапласт)
Lanolini aa 20,0
Aq. destill. 10 ml
Cerae albi 5,0
Emplastri Plumbi 45,0

M.D.S. Наружно, для удаления ногтевых пластинок при онихомикозе.

10.6. Средства и методы дезинфекции при микозах стоп

Микозы стоп в настоящее время являются актуальной дерматологической проблемой. Помимо лечения, важную роль играют методы их профилактики. Личная профилактика зависит от гигиенических навыков больного и умения врача квалифицированно объяснить больному, какие меры необходимо предпринять, чтобы предотвратить заражение грибами или реинфекцию после проведенной терапии. Больному следует разъяснить о необходимости тщательно вытирать ноги после водных процедур, особенно между пальцами. Обязательным условием является наличие специального полотенца для ног. При наличии микоза стоп полотенце для вытирания кожи после мытья применяется однократно. В этом случае лучше использовать одноразовые бумажные салфетки или полотенца. В домашних условиях

следует регулярно обрабатывать мочалки, губки, ножницы моющими средствами (Гигиена, Пемолокс, Комет, Белизна, АС и др.). Посещать бассейны, бани, душевые, пляжи следует в индивидуальной синтетической обуви. В гостях лучше использовать собственную обувь или тапочки. Следует избегать использования тесной обуви и обуви, вызывающей постоянную потливость стоп. При любых микротравмах стоп их следует тщательно обрабатывать антисептиком.

Для профилактики потливости используют дезодорирующие препараты и антиперспиранты. Повышенная потливость при микозах стоп зачастую сопровождается неприятным запахом, исходящим от больного. Это нередко связано с вегетососудистыми расстройствами. Поэтому больным назначают алкалоиды красавки (белластезин, белоид, беллатаминал и др.) по 1 таб. 2–3 раза в день, продолжительность курса — 1 мес. Уменьшают потливость ванночки с перманганатом калия и корой дуба. Можно использовать присыпки, содержащие квасцы алюминия, тальк, оксид цинка, дерматол (5–10%), борную кислоту (2–3%). Снижают потливость паста Теймурова и уротропин.

Хорошо устраняет потливость кожи стоп формгель. Перед использованием препарата ноги следует тщательно вымыть и высушить полотенцем. Формгель наносят тонким слоем в область подошв и межпальцевых складок. Экспозиция не более 20 мин. Затем препарат смывают теплой водой. Одной процедуры достаточно для снижения потливости кожи на 7–12 дней. При резко выраженной потливости процедуру проводят 2–3 дня подряд.

Существуют официальные присыпки, обладающие антифунгальным и дезодорирующим эффектом. Это борозин, батрафен, кандид, амиказол, толмицен. Присыпки наносят на чистую и сухую кожу 2–3 раза в день. Хорошим дезодорирующим эффектом обладает спрей-пудра дактарин. После завершения лечения микоза стоп желательно использовать дезодоранты для ног, выпускаемые парфюмерной промышленностью — деоконтроль, Fluides, FootSpray, DryDry, Gehwol, Scholl и многие др.

При сухости стоп следует использовать эмолиенты. Арсенал этих препаратов достаточно широк — дардиа, атодерм, эмолиум, эвалар, топикрем и др.

Особое внимание уделяется дезинфекции обуви. Для этой цели используют различные методы, средства и приспособления:

- ◆ кипячение хлопчато-бумажных носков, гольф, колгот;
- ◆ раствор формалина 20–40%;

- ◆ раствор уксусной кислоты 40%;
- ◆ раствор хлогексидина биглюконата 1%;
- ◆ влажные дезинфицирующие салфетки;
- ◆ специальные спреи (горостен, микостоп и др.);
- ◆ противогрибковые носки, стельки, тапочки;
- ◆ дезинфицирующее устройство «Тимсон».

Хлопчатобумажные носки, гольфы, колготы кипятят в течение 15–20 минут в стиральном порошке или мыле.

При использовании жидких средств для дезинфекции обуви берут ватный или марлевый тампон. Смачивают его растворами формалина/уксусной кислоты/хлогексидина биглюконата. Обувь со стельками тщательно протирают изнутри. Использованный тампон кладут в носок обуви и герметически упаковывают ее в полиэтиленовый пакет. Экспозиция 3 суток в теплом месте (дезинфектант действует активнее). Потом обувь проветривают до исчезновения запаха, обычно в течение 6–12 часов.

Влажные дезинфицирующие салфетки являются безопасным и гипоаллергенным кожным антисептиком. Ими можно обрабатывать ступни и обувь. Эти салфетки удобно использовать тем, кому приходится надевать тапочки, выданные в солярии, сауне или бане. Противогрибковые салфетки обеспечивают такую же защиту от заражения, как и другие дезинфицирующие средства. Их можно применять также детям.

Разработаны и внедрены в практику противогрибковые носки, стельки, тапочки. Так, носки противогрибковые с антимикробной пропиткой препаратом «Санитайзд» рекомендуют мужчинам, ведущим активный образ жизни, при повышенной потливости ног и неприятном запахе от них, при длительном ношении плохо вентилируемой обуви (спортсмены, водители, военнослужащие, строители, работники производства и сельского хозяйства).

Противогрибковые носки «Гигиена-Грибок» и стельки «Гигиена-Термос» рекомендуется использовать одновременно. Их ткань имеет антимикробную и противогрибковую пропитку. Существенно, что стельки «Гигиена-Термос» с другой стороны выполнены из льняного полотна, покрытого металлизированной пленкой, пористая структура которого обеспечивает низкую теплопроводность, и обувь дольше сохраняет тепло. В зимний период стельки «Гигиена-Термос» являются альтернативой хорошо зарекомендовавшим себя стелькам «Теплое здоровье» и «Здоровье Ваших ног».

Антимикробный и противогрибковый эффект тапочек и домашних сапожек достигается путем особой обработки ткани соответствующими препаратами, безопасными для человека. Препарат закрепляется в материале благодаря смешиванию со специальным полимеризующим составом. В связи с этим эффект действия сохраняется практически бесконечно, пока тапочки и сапожки не начинают использовать по назначению. В процессе эксплуатации действующее вещество постепенно выделяется на поверхность и, контактируя с кожей, лечит ее или предохраняет от заражения грибами и бактериями. Продолжительность действия сохраняется в течение 10 стирок нейтральными моющими средствами (например, детским мылом или порошком).

Устройство для противогрибковой обработки обуви «Тимсон» оказывает выраженное фунгицидное действие. Прибор вставляется в каждый носок обуви и включается на 6–12 часов. Обувь высушивается при температуре 60–70 °С и дополнительно обрабатывается изнутри ультрафиолетом. При экспозиции от 6 до 8 ч погибают 99–100% дрожжеподобных грибов *Candida albicans*, *Tr. rubrum*, *Tr. mentagrophytes* и от 64,7–85,2% *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Salmonella enteritidis*. Устройство «Тимсон» использовалось для профилактики микозов стоп и пиодермий у военнослужащих.

10.7. Топические кортикостероиды (ТКС)

Наружные кортикостероиды прочно закрепили свою позицию в дерматологической практике. Начиная с 1952 года, когда впервые был применен гидрокортизон, практически каждый год стали появляться новые ТКС. В настоящее время дерматологи назначают ТКС в 3,9 раза чаще, чем врачи других специальностей. Клиническая эффективность ТКС определяется химической структурой препарата и мазевой основой. В настоящее время в России зарегистрировано несколько десятков ТКС. Однако в связи с создавшейся экономической ситуацией часть препаратов на рынок перестали поступать. В данной главе приводятся только те ТКС, которые на 01.06.2015 имеются в аптечной сети и доступны потребителю (табл. 17).

Таблица 17

Европейская классификация наружных кортикостероидов

Класс	Сила действия	Действующее вещество (МНН)	Торговое название препарата
I	Слабые	Гидрокортизон	Гидрокортизоновая мазь
		Преднизолон	Преднизолоновая мазь
II	Умеренные	Аклометазона дипропионат	Афлодерм
		Мометазона фураат	Элоком (крем и лосьон)
		Флуметазона пивалат	Лоринден А, С
III	Сильные	Метилпреднизолона ацепонат	Адвантан
		Гидрокортизона бутират	Локоид, латикорт
		Мометазона фураат	Элоком (мазь), момат, унидерм
		Триамценолона ацетонид	Фторокорт, полькортолон
		Флуоценолона ацетонид	Флуцинар, синафлан
		Бетаметазона дипропионат	Акридерм, белодерм
		Бетаметазона валерат	Целестодерм
Флутикозона пропионат	Кутивейт		
IV	Очень сильные	Клобетазола пропионат	Кловейт, дермовейт, пауэркорт

Преимущества ТКС в сравнении с другими наружными средствами:

- ◆ им нет альтернативы по скорости наступления противовоспалительного эффекта;
- ◆ наблюдается быстрая динамика разрешения высыпаний на коже;
- ◆ представлены препаратами различной силы действия, что позволяет осуществлять выбор в зависимости от конкретного клинического случая;
- ◆ быстро устраняют или ослабляют зуд;
- ◆ сочетаются со всеми видами системной, топической терапии и физиолечением;
- ◆ представлены различными лекарственными формами препаратов, что позволяет использовать их при разной степени остроты процесса и локализации на различных участках кожного покрова (волосистая часть головы, лицо, складки и т.п.);

- ◆ при назначении ТКС следует учитывать биоритм продукции кортизола в организме и ритм эпидермальной пролиферации. Для усиления противовоспалительного эффекта их следует применять в утренние часы, а для антипролиферативного — вечером;
- ◆ обладают высокой эстетической привлекательностью и комплаентностью.

Биологические эффекты ТКС:

- ◆ *противовоспалительный* — обусловлен ингибированием синтеза белков липомодулинов, которые участвуют в выработке простагландинов и лейкотриенов. Кроме того, кортикостероиды стабилизируют клеточные мембраны;
- ◆ *антипролиферативный* — объясняется подавлением синтеза ДНК в клетках базального слоя эпидермиса и фибробластах дермы. Однако ингибирование метаболизма фибробластов может привести к атрофии кожи;
- ◆ *сосудосуживающий* — не изучен в достаточной мере. Возможно, что под действием локальных кортикостероидов происходит сужение артериол, индуцированное катехоламинами, а также уменьшение активности глюкуронидазы и лизосомальных ферментов;
- ◆ *иммуносупрессивный* — угнетают Т- и В-клетки;
- ◆ *тахифилаксия* — ослабевание эффекта ТКС при их длительном использовании.

Противовоспалительный эффект ТКС связан с подавлением и уменьшением таких процессов, как альтерация, экссудация и пролиферация. Противовоспалительное действие опосредуется двумя путями: геномным и внегеномным. Геномный процесс реализуется взаимодействием комплекса рецептор—глюкокортикоид с ядерной ДНК клетки-мишени. Это запускает процесс трансактивации (усиление синтеза белков, вызывающих противовоспалительный эффект). Идет активация липокортинов, ингибирование фосфолипазы А, ингибирование высвобождения арахидоновой кислоты, уменьшение синтеза простагландинов и лейкотриенов. При внегеномном процессе комплекс рецептор—глюкокортикоид связывается с внеядерными факторами транскрипции, запуская процесс трансрепрессии. Наступает торможение транскрипции «воспалительных» генов и образования провоспалительных ци-

токинов: интерлейкинов (ИЛ) -1–6, -9, -11–13, -16–18, фактора некроза опухоли α . С клинической точки зрения геномный и внегеномный механизмы действия не влияют на эффективность и безопасность препарата. Механизм действия ТКС определяется их многообразным влиянием на процессы воспаления. Наиболее важными эффектами являются:

- ◆ увеличение связывания гистамина и серотонина в коже и слизистых и уменьшение чувствительности рецепторов к нейропептидам и гистамину, механическим раздражителям;
- ◆ угнетение синтеза ИЛ-4, -5, -13, гамма-интерферона и некоторых других цитокинов;
- ◆ уменьшение активности фосфолипазы А2 и продукции лейкотриенов, снижение чувствительности эндотелия к медиаторам аллергического воспаления;
- ◆ торможение миграции эозинофилов и пролиферации Т-лимфоцитов;
- ◆ снижение сосудистой проницаемости и нарушений микроциркуляции;
- ◆ уменьшение количества тучных клеток и выделяемого ими гистамина;
- ◆ ТКС действуют на раннюю и позднюю фазы аллергической реакции и обладают мощным противовоспалительным и мембраностабилизирующим эффектами.

В сравнении с традиционными средствами для наружной терапии ТКС обладают существенными преимуществами, так как подавляют все три основных компонента аллергического воспаления.

Современные требования, предъявляемые к идеальному ТКС:

- ◆ быстрый противовоспалительный и противозудный эффекты;
- ◆ разнообразие лекарственных форм для возможности применения на любой стадии воспалительного процесса и на любом участке кожного покрова;
- ◆ оптимальный терапевтический эффект не только действующего вещества, но и основы препарата, а так же ее безопасность: увлажнение, смягчение, поддержание оптимального рН, поддержание барьерной функции и препятствование микробной и грибковой колонизации, фотопротективное действие, способствование регенерации, отсутствие в составе парабенов;

- ◆ комплаентность (удобство в использовании): применение 1 раз в сутки, быстрое всасывание, хорошие косметические свойства;
- ◆ безопасность: низкая всасываемость, быстрая и полная инактивация в крови, минимум побочных эффектов, возможность использования в любом возрасте даже при длительном применении, что могут обеспечить только ТКС, не имеющие в составе молекулы фтора и обладающие внегеномным действием;
- ◆ наличие достоверных данных, подтверждающих преимущества препаратов в соответствии со стандартами доказательной медицины.

Стероидочувствительные дерматозы (СЧД) — условно выделенная, неоднородная группа заболеваний, отличающаяся разными патогенетическими механизмами. Механизмы действия ТКС, исследование, выполненные отечественными и зарубежными специалистами, а также многолетний клинический опыт дерматологов по использованию ТКС при дерматозах различного генеза свидетельствует, что их можно условно разделить на 3 большие группы.

1. *Дерматозы, при которых ТКС можно использовать как монотерапию:*

- ◆ простой контактный дерматит;
- ◆ аллергический контактный дерматит;
- ◆ флеботодермия;
- ◆ персистирующая скабиозная лимфоплазия кожи;
- ◆ локальный кожный зуд;
- ◆ ограниченный нейродермит;
- ◆ псориаз (локализованные формы).

2. *Дерматозы, при которых терапия ТКС патогенетически обоснована и используется в комплексе с препаратами других групп:*

- ◆ токсикодермия (в том числе фиксированная эритема);
- ◆ экзема;
- ◆ атопический дерматит;
- ◆ многоформная экссудативная эритема;
- ◆ узловатая эритема;
- ◆ центробежная эритема Дарье;
- ◆ псориаз (разные формы распространенного псориаза);
- ◆ аллергические васкулиты кожи;
- ◆ красный плоский лишай;
- ◆ очаговая алопеция;
- ◆ кольцевидная гранулема;

- ◆ саркоидоз кожи;
- ◆ Т-клеточная злокачественная лимфома кожи;
- ◆ полиморфный фотодерматоз;
- ◆ себорейный дерматит;
- ◆ аутоиммунные буллезные дерматозы: акантолитическая пузырьчатка, буллезный пемфигоид, герпетиформный дерматит Дюринга;
- ◆ заболевания соединительной ткани (на ранних этапах, при отсутствии атрофии кожи) — красная волчанка, дерматомиозит, склеродермия.

3. *Дерматозы, при которых ТКС назначаются как симптоматическая терапия (играют вспомогательную роль):*

- ◆ витилиго;
- ◆ липоидный некробиоз (при отсутствии атрофии кожи);
- ◆ парапсориаз;
- ◆ саркома Капоши.

ТКС малоэффективны при пруриго и крапивнице.

Продолжительность курса терапии ТКС зависит от ряда факторов, влияющих на выбор адекватного препарата:

- ◆ содержание/отсутствие в ТКС галоидов;
- ◆ сила действия препарата;
- ◆ системное действие;
- ◆ скорость наступления клинического эффекта;
- ◆ возраст больных;
- ◆ площадь очагов поражения;
- ◆ длительность курса терапии;
- ◆ острота процесса;
- ◆ локализация процесса;
- ◆ наличие триггерных факторов;
- ◆ наличие осложнений различного генеза.

В табл. 18 приведена сравнительная характеристика однокомпонентных ТКС с учетом перечисленных выше факторов.

Терапевтический индекс (ТИ)

При выборе ТКС для лечения СЧД следует учитывать их ТИ. Он определяется соотношением между подающимися объективной оценкой параметрами эффективности препарата и нежелательными

Таблица 18

Сравнительная характеристика ТКС

МНН	Торговое название	Класс *	Кратность в сут-ки	Наличие галогенов	Возраст применения	Площадь нанесения/количество препарата	Максимальная длительность курса терапии	Форма выпуска, объем препарата в упаковке
Гидрокортизон	Гидрокортизоновая 1% мазь	1	2-3	Нет	С 2 лет	Осторожно, нет данных	20 дней	Мазь 30 г
	Локоид	3	1-3		С 6 мес.	30-60 г в неделю	Осторожно, нет данных	Кремо 30 г, крем 30 г, мазь 30 г, липокрем 30 г
	Латикорт Гидрокортизона 17-бутират 0,1%	3	1-3				3 нед.	Мазь 15 г крем 15 г, раствор 20 мл
Алклометазона дипропионат 0,05%	Афлодерм	2	2-3	Хлор	С 6 мес.	Осторожно, нет данных		Крем 20 и 40 г, мазь 20 и 40 г
	Адвадтан	3	1	Нет	С 4 мес.	До 60% кожного покрова	12 нед. — взрослые, 4 нед. — дети	Эмульсия 20 г, крем 15 г, мазь 15 г, 50 г, жирная мазь 15 г
Мометазона фураат 0,1%	Элоком	Мазь — 3 Крем — 2 Лосьон — 2	1	Хлор	С 2 лет	Осторожно, нет данных	Лосьон не более 6 нед. По крему и мази данных нет	Мазь 15 г, крем 15 г, лосьон 30 мл
	Момат				С 2 лет		Мазь не более 6 нед., по крему нет данных	Крем 5 и 15 г, мазь 5 и 15 г

МНН	Торговое название	Класс *	Кратность в сут-ки	Наличие галогенов	Возраст применения	Площадь нанесения/ количество препарата	Максимальная длительность курса терапии	Форма выпуска, объем препарата в упаковке
Бетаметазон	Унидерм				С 6 мес.		Не более 6 нед.	Крем 15 г и 30 г
	Целестодерм В		1-3				Осторожно, нет данных	Крем 15 г и 30 г, мазь 15 г и 30 г
	Белодерм		2	Фтор	С 6 мес.	Осторожно, нет данных	4 нед.	Крем 15 г и 30 г, мазь 15 г и 30 г
	Акридерм		2		С года			
Флуоцинолона ацетонид	Флуцинар	3	2-4	Фтор	С 2 лет	Осторожно, нет данных	Не более 2 нед.	Тель 15 г, мазь 15 г
	Синаflan						Не более 2 нед.	Мазь 10 г и 15 г
Триамцинолона ацетонид	Фторокорт	3	2-3	Фтор	Осторожно, нет данных	Не более 15 г/сут	Обычно 5-10 дн., но не более 4 нед.	Мазь 15 г
	Клобетазола пропионат 0,05%	4	1-2	Фтор и хлор	С года	Взрослые: не более 50 г в нед.	Не более 4 нед.	Мазь 25 г, крем 25 г
	Пауэркорт							Мазь 15 г
	Дермовейт							Мазь 25 г

* По европейской классификации (Миллер-Монро): 1 — слабый; 2 — умеренный; 3 — сильный; 4 — очень сильный.
 Источник: инструкция по применению препаратов.

эффектами. Оценка ТИ устанавливается по соотношению пользы и риска препарата. Значения ТИ составляют от 1 до 5. При ТИ больше 2 эффективность препарата преобладает над его побочными действиями, меньше 2 свидетельствует о недостаточной сбалансированности обоих признаков.

Примеры ТКС с различными значениями ТИ.

- ◆ *Метилпреднизолона ацепонат*. ТИ равен 2,0. Оказывает выраженное противовоспалительное действие. Атрофогенный потенциал низкий. В большинстве случаев нет системных побочных эффектов. Обладает умеренным аллергенным потенциалом.
- ◆ *Мометазона фуоат*. ТИ равен 2,0. Оказывает выраженное противовоспалительное действие. Атрофогенный потенциал низкий. В большинстве случаев нет системных побочных эффектов. Обладает незначительным аллергенным потенциалом.
- ◆ *Предникарбат*. ТИ равен 2,0. Оказывает выраженное противовоспалительное действие. Атрофогенный потенциал низкий. В большинстве случаев нет системных побочных эффектов. Обладает умеренным аллергенным потенциалом.
- ◆ *Клобетазола пропионат*. ТИ равен 1,5. Обладает выраженным противовоспалительным эффектом. Атрофогенный потенциал сильный. При его применении возможны системные эффекты. Обладает незначительным аллергенным потенциалом.
- ◆ *Гидрокортизона бутират*. ТИ равен 1,4. Оказывает выраженное противовоспалительное действие. Атрофогенный эффект слабый. В большинстве случаев нет системных побочных эффектов. Обладает высоким аллергенным потенциалом.
- ◆ *Бетаметазона валерат*. ТИ равен 1,2 (один из низких). Противовоспалительный эффект хороший. Выражен атрофогенный эффект и возможно системное действие. Аллергенный потенциал незначительный.
- ◆ *Триамцинолона ацетонид*. ТИ равен 1,06 (очень низкий). Оказывает хорошее противовоспалительное действие. Обладает сильным атрофогенным потенциалом. В большинстве случаев нет системных побочных эффектов. Обладает умеренным аллергенным потенциалом.

- ◆ *Гидрокортизон*. ТИ равен 1,0. Гидрокортизон — один из самых первых системных и ТКС. Оказывает умеренное противовоспалительное и умеренное атрофогенное действие. В большинстве случаев нет системных побочных эффектов. Обладает умеренным аллергенным потенциалом.

Приоритет выбора ТКС должен основываться на соблюдении определенной последовательности:

- ◆ I этап — назначение негалогенизированного ТКС с ТИ не менее 2.
- ◆ II этап — назначение нефторированного ТКС.
- ◆ III этап — назначение препарата, содержащего атомы фтора.

Это особенно важно при лечении детей, лиц пожилого возраста, больных с локализацией патологического процесса в области лица, складок, половых органов и др. При лечении пациентов с хроническими дерматозами, очаги поражения при которых имеют постоянную топику, желательно отдавать приоритет ТКС, не содержащим атом фтора. Препараты I класса (слабые ТКС) имеют свою нишу показаний. Это, как правило, дети первого года жизни и больные с локализацией высыпаний на веках. Препараты IV класса применяют при наличии строгих показаний, не длительно, обычно не более 1 нед. Применение препаратов II класса (средней силы) в настоящее время ограничено.

Противопоказания к применению однокомпонентных ТКС

- ◆ Бактериальные кожные инфекции (например, стрептодермия, стафилодермия, грамотрицательный фолликулит).
- ◆ Вирусные кожные инфекции (например, простой герпес, опоясывающий лишай, ветрянка).
- ◆ Грибковые кожные инфекции (стригуший лишай, дерматофитии, трихофитии, кандидоз кожи и т.д.).
- ◆ Поражения кожи туберкулезного и сифилитического характера.
- ◆ Паразитарные кожные инфекции (амебиаз кожи, сап, «ползучая болезнь» и др.).
- ◆ Новообразования кожи — как злокачественные, так и доброкачественные.
- ◆ Акне.
- ◆ Розацеа.

- ◆ Периоральный дерматит (дерматит, возникающий вследствие чрезмерного употребления гормональных препаратов).
- ◆ Состояние после вакцинации.
- ◆ Наличие чувствительности или аллергии к любым компонентам лекарственного препарата.

Особенности применения ТКС в зависимости от локализации процесса:

- ◆ Важно учитывать абсорбцию препаратов с разных участков кожного покрова. Лицо и наружные половые органы — самые стероидочувствительные участки. Экспериментальными работами показано, что абсорбция ТКС с кожи в области угла нижней челюсти выше, чем с кожи предплечья в 13 раз, а с кожи гениталий и век — в 42 раза. Здесь следует применять ТКС с ТИ 2 и более, короткими курсами при соблюдении мер предосторожности (избегать обезжиривания кожи, не пользоваться окклюзионными повязками и др.). В связи с этим на нежные участки кожного покрова наносят препарат с минимальным атрофогенным эффектом.
- ◆ В местах, где кожа толстая и грубая (например, ладони и подошвы), методы применения ТКС совершенно иные. Нередко предварительно назначаются содово-мыльные ванночки; отслойка эпидермиса; препараты, содержащие кислоты; препараты, проводящие лекарство вглубь кожи (димексид).
- ◆ На волосистую часть головы наносятся препараты в виде лосьона или геля.

Местные и системные побочные эффекты галогенизированных ТКС

Наличие в молекуле ТКГ галогенов Cl и молекулы F угнетает образование фибробластов, снижает синтез коллагена, мукополисахаридов, подавляет пролиферацию клеток дермы и эпидермиса.

Клинически местные осложнения характеризуются:

- ◆ атрофией кожи;
- ◆ телеангиэктазиями;
- ◆ периоральным дерматитом;
- ◆ гиперпигментацией/депигментацией;
- ◆ стероидными акне;

- ◆ розацеа;
- ◆ стриями;
- ◆ гипертрихозом;
- ◆ стероидной эритемой = телеангиоэктазии + атрофия кожи;
- ◆ активизацией вирусных, грибковых, бактериальных инфекций.

Системные осложнения ТГК обусловлены длительной их циркуляцией в крови в несвязанном виде за счет нарушения связи с транскортином. Это приводит к уменьшению секреции эндогенного кортизола и нарушению его циркадного ритма секреции, а в итоге наступает подавление функции коры надпочечников.

Способы применения ТКС

При локальном процессе ТКС обычно наносят на весь пораженный участок. Однако при распространенном процессе и длительном курсе терапии, учитывая возможность развития стероидофобии у некоторых больных, возможно применение ТКС различными способами.

- ◆ *Тандем-терапия.* Если в соответствии с инструкцией ТКС должен использоваться 2 раза в сутки, то при данной методике он наносится однократно на ночь, а утром применяется индифферентное средство. При условии использования ТКС однократно его наносят на ночь через день, чередуя с индифферентными препаратами.
- ◆ *Ступенчатое лечение различных зон* — поочередное применение ТКС на различных участках кожного покрова при распространенном процессе.
- ◆ *Штриховой метод.* Его целесообразно использовать у маленьких детей. Препарат наносят на разные участки кожного покрова не сплошь, а в виде линий с промежутками.
- ◆ *Метод нисходящей терапии.* Заключается в комбинировании ТКС сильной и слабой силы. При достижении терапевтического эффекта более сильный препарат заменяется на слабый.
- ◆ *Метод Мещерского.* ТКС наносится однократно на пораженный участок кожного покрова с мокнутием. Затем накладываются примочки по общепринятой методике.

Не рекомендуется смешивать ТКС с индифферентными средствами. При нарушении основы препарата возможно непредсказуемое изменение его свойств, глубины проникновения и др.

Оптимальный вариант дозировки ТКС

Для экономного использования ТКС можно пользоваться ЕДК — «единицей кончика пальца», которая равна 0,5 г. Она представлена количеством мази, выдавленным из тюбика на дистальную фалангу пальца. Расход ТКС в зависимости от локализации процесса следующий:

- ◆ лицо и шея — 1 г;
- ◆ кисти — 1 г;
- ◆ одна рука — 1,5 г;
- ◆ одна нога — 3 г;
- ◆ все тело — 20–30 г.

Рекомендации по применению ТКС у детей

- ◆ Применяются негалогенизированные ТКС с высокой эффективностью, безопасностью и пролонгированным действием, длительность использования которых строго соответствует инструкции фирмы производителя.
- ◆ Запрещено использовать галогенсодержащие ТКС у младенцев и детей раннего возраста.
- ◆ Категорически запрещено использовать ТКС, содержащие фтор, у детей в области складок, на лице, в аногенитальной области, на опрелости.
- ◆ ТКС можно использовать только для лечения, а не для профилактики СЧД.
- ◆ Выбор лекарственной формы ТКС должен строго соответствовать клиническим проявлениям заболевания (лосьон, крем, мазь, жирная мазь).
- ◆ Разрешено использовать ТКС в виде мази только при неэффективности другой местной терапии.
- ◆ Быстрое и активное действие ТКС позволяет применять их лекарственные формы в виде крема при наличии острого воспаления, так как их эффект «перекрывает» неблагоприятное действие основы препарата.
- ◆ Следует одновременно наносить ТКС на очаги поражения площадью не более 20% от всей поверхности тела (если иное не указано в инструкции по применению).
- ◆ Инфекционные осложнения следует купировать до назначения однокомпонентных ТКС. В этом случае приоритет отдается двух- и трехкомпонентным препаратам.

- ◆ Многие ТКС у детей запрещено использовать под окклюзионные повязки.
- ◆ Следует изменять тактику лечения ТКС при отсутствии положительной динамики в течение 5–7 дней использования препарата.
- ◆ При необходимости длительного лечения следует проводить короткие (прерывистые) курсы терапии.
- ◆ Правильное увлажнение рогового слоя эпидермиса в несколько раз увеличивает проницаемость кожи для ТКС. Поэтому при выборе ТКС важно уделять внимание наличию в его составе компонентов, увлажняющих и смягчающих кожу, а также уменьшающих трансэпидермальную потерю жидкости. Также одновременно с ТКС рекомендуется применять средства ухода за кожей — увлажняющие и/или смягчающие (эмолиенты).
- ◆ Следует избегать попадания ТКС в глаза (возможность развития глаукомы).
- ◆ ТКС нельзя использовать чаще и дольше срока, рекомендуемого в инструкциях к препарату.
- ◆ Нельзя резко прерывать лечение ТКС, особенно при их длительном использовании, так как это может спровоцировать рецидив заболевания.

СЧД и инфекции кожи

ТКС могут быть как простыми (однокомпонентными) и комбинированными. В состав последних включены антибиотики, антисептики, антимикотики, салициловая кислота и др. (табл. 19–23). Классификация ТКС по степени их противовоспалительной активности (Миллер–Монро), в которой препараты распределены на четыре класса (см. выше), относится и к комбинированным ТКС. Назначение комбинированных препаратов следует тем же принципам их силы действия, но с учетом особенностей дерматоза, при наличии бактериальной, грибковой обсемененности (микстинфекции) или массивного гиперкератоза.

СЧД и инфекции кожи сочетаются у каждого пятого пациента. Инфицирование кожи может быть первичным, вторичным или играть роль важного триггерного фактора.

- ◆ Инфекционный процесс на коже может быть первичным, например при персистирующей пиодермии, микозе стоп и др. В этом случае микробный антиген может запустить

каскад иммунных реакций, что приводит к сенсibilизации и развитию аллергодерматоза. Классическим примером является микробная экзема, в том числе микотическая, паратравматическая.

- ◆ Вторичное инфицирование возникает при дерматозах, сопровождающихся зудом (чесотка, экзема, аллергический дерматит, красный плоский лишай, кожный зуд, почесуха, атопический дерматит и др.). Расчесывание кожи приводит к нарушению целостности кожных покровов, обнажается межклеточный матрикс, служащий «якорем» для бактерий. Выделяющийся фибриноген и фибронектин являются хорошим субстратом для микробной колонизации. Продукцируемые Т-хелперами 2-го типа цитокины (ИЛ-4, ИЛ-13, ИЛ-31) обладают способностью угнетать продукцию антимикробных пептидов эпидермиса, липидов (церамидов, сфингозина), обладающих антимикробными свойствами. Это создает благоприятные условия для жизнедеятельности бактерий. Нарушенный локальный иммунный ответ в еще большей степени способствует вторичному инфицированию.
- ◆ Инфекции кожи и слизистых оболочек могут выступать в роли триггерных факторов, отягощающих течение СЧД, особенно аллергического генеза. Доказана значимая роль в патогенезе атопического дерматита золотистого стафилококка, липофильных дрожжей рода *Malassezia*, дрожжеподобных грибов рода *Candida*.

Механизм действия ТКС основан на подавлении воспалительных реакций, в том числе за счет иммуносупрессивного действия. Они регулируют иммунный ответ путем снижения количества лимфоцитов, угнетения Т-лимфоцитов, усиления апоптоза Т- и В-лимфоцитов, торможения образования иммунных комплексов и снижения активности системы комплемента. Это приводит к торможению развития гиперреакции иммунной системы при контакте с антигеном. В то же время без локальной и контролируемой иммуносупрессии невозможно добиться необходимой эффективности препарата по отношению к гипериммунным аллергодерматозам. С другой стороны, наличие иммуносупрессивного действия исключает возможность применения однокомпонентных ТКС в терапии дерматозов, сочетающихся с инфекционными патологическими процессами.

Таблица 19

Комбинированные двухкомпонентные ТКС с антимикотиками

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Клотримазол 1% Бетаметазона дипропионат 0,025%	Кандид Б	Крем 15 г
Миконазол 2% Мазипредон 0,025%	Микозолон	Мазь 15 г
Изоконазол 1%, Дифлукортолон-21-валерат 0,1%	Травокорт	Крем 15 г
Клиохинол 3%, Флуметазона пивалат 0,02%	Лоринден С	Мазь 15 г

Показания к применению препаратов этой группы

- ◆ Аллергодерматозы, сочетающиеся с поверхностными микозами кожи. Например, атопический дерматит, протекающий на фоне кандидоза кожи и слизистых оболочек (заеды, хейлит, паронихии, баланопостит, поражение мелких складок и т.п.). Атопический дерматит с повышенной пролиферацией липофильных дрожжей рода *Malassezia*, играющих важную роль в патогенезе заболевания. Себорейный дерматит с выраженной воспалительной реакцией, причиной которой нередко являются липофильные дрожжи рода *Malassezia*. Вульгарная пузырчатка в сочетании с кандидозом кожи. Псориаз ладоней и подошв, сочетающийся с микозом стоп, чаще обусловленным дерматофитами и др.
- ◆ Аллергодерматозы, возникновение которых обусловлено первичной сенсибилизацией грибковым аллергеном, например, микотическая экзема.
- ◆ Поверхностные микозы кожи как самостоятельные заболевания, в клинической картине которых преобладает выраженное воспаление. Например, микозы стоп и крупных складок (рубромикоз, эпидермофития).

Таблица 20

Комбинированные трехкомпонентные ТКС с антимикотиками и антибиотиками

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Натамицин 1% Неомицин Гидрокортизон	Пимафукорт	Мазь 15 г, крем 15 г

Окончание табл. 20

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Клотримазол 1% Бетаметазона дипропионат 0,5% Гентамицина сульфат 0,1%	Акридерм ГК	Крем 15 г, мазь 15 г
	Кандидерм	Крем 15 г и 30 г
	Канизон плюс	Крем 15 г
	Тридерм	Крем 15 г, мазь 15 г

Показания к их применению

- ◆ Стероидочувствительные дерматозы, вторично инфицированные бактериальной или микотической флорой (атопический дерматит, истинная экзема, себорейный дерматит и др.).
- ◆ Аллергодерматозы, при которых первичный патологический процесс запускает бактериально-микотическая сенсибилизация (микробная экзема, микотическая экзема и др.).
- ◆ Поверхностные микозы кожи как самостоятельные заболевания, осложненные вторичной бактериальной инфекцией (дисгидротическая, интертригинозная эпидермофития стоп, экссудативно-дисгидротический рубромикоз стоп, кандидоз крупных складок и др.).

Таблица 21

Комбинированные двухкомпонентные ТКС с антибиотиками

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Гентамицин 0,1% Бетаметазон 0,064%	Акридерм гента	Крем 15 г и 30 г Мазь 15 г и 30 г
	Белогент	Крем 15 г, 30 г, 40 г Мазь 15 г, 30 г, 40 г
Гентамицин 0,1% Бетаметазон 0,05%	Бетадерм	Крем и мазь 15 г
Гентамицин 0,05% Дексаметазон 0,03%	Декса-Гентамицин	Мазь глазная 2,5 г Капли глазные 5 мл
Мупироцин Бетаметазон	Супироцин Б	Мазь 5 и 15 г
Тобромицин 0,3% Дексаметазон	Декса-Тобропт	Капли глазные 5 мл
Окситетрациклина гидрохлорид 3% Гидрокортизона ацетат 0,1%	Гиоксизон	Мазь 10 г
Неомицина сульфат 5 мг/г Флуоцинолона ацетонид 0,25 мг/г	Флуцинар Н	Мазь 15 г
Фузидовая кислота 2% Гидрокортизона ацетат 1%	Фуцидин Г	Крем 15 г

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Гидрокортизона ацетат 0,5% Окситетрациклина гидрохлорид 0,2%	Оксикорт	Аэрозоль 55 мл, мазь 10 г
	Гиоксизон	Мазь 10 г
Бетаметазона валерат 0,1% Гентамицина сульфат 0,1%	Целестодерм В с гарамицином	Крем 15 г, 30 г Мазь 15 г, 30 г
Бетаметазона дипропионат 0,64% Гентамицина сульфат 0,1%	Акридерм гента	Крем 15 г, 30 г Мазь 15 г, 30 г

Показания к применению препаратов этой группы

- ◆ Хронические гнойные инфекции кожи (импетиго, фурункулез, фолликулит, множественные абсцессы и др.), сопровождающиеся местной аллергической реакцией.
- ◆ Вторичная пиодермия как осложнение аллергических заболеваний кожи (атопический дерматит, экзема, почесуха, скабиозная лимфоплазия кожи и др.).
- ◆ Ожоги, обморожения I степени, поражения кожных покровов после лучевой терапии.

Таблица 22

Комбинированные ТКС с кислотами

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Бетаметазона дипропионат 0,64% Салициловая кислота 3%	Акридерм СК	Мазь 15 г, 30 г
Бетаметазона дипропионат 0,64% Салициловая кислота 3%	Белосалик	Мазь 30 г, 40 г Лосьон 20 мл, 50 мл, 100 мл
	Дипросалик	Мазь 30 г; лосьон 30 мл
Мометазона фураат 0,1% Салициловая кислота 5%	Элоком С	Мазь 15 г
Флуметазона пивалат 0,2% Салициловая кислота 3%	Лоринден А	Мазь 15 г
Метилпреднизолона ацепонат 0,1% Мочевина 2%	Комфодерм М2	Крем 30 г

Показания к применению препаратов этой группы

Основной группой заболеваний, при которых показаны ТКС с содержанием кислот, являются дерматозы, характеризующиеся появлением гиперкератотических высыпаний различной степени выраженности, в том числе:

- ◆ псориаз;
- ◆ ограниченный нейродермит (лишай Видаля);
- ◆ веррукозная форма красного плоского лишая;

- ◆ хроническая экзема, тилотическая экзема, экзема *craquele* (астеатотическая);
- ◆ себорейный дерматит волосистой части головы с обильными чешуйко-корками;
- ◆ ихтиоз и другие ихтиозоподобные состояния;
- ◆ сквамозная и сквамозно-гиперкератотическая форма дерматофитии стоп, осложненная микотической экземой.

Таблица 23

Комбинированные ТКС с антисептиками, анальгетиками

МНН	Торговое название	Лекарственные формы
Преднизолон капронат Лидокаин гидрохлорид Д-пантенол Триклозан	Ауробин	Ректальная мазь по 20 г

Показания к применению препаратов этой группы

- ◆ воспалительные заболевания в области ануса и нижнего отдела прямой кишки.

10.8. Средства ухода за кожей (эмоленты)

Кожа пациентов с хроническими дерматозами даже после разрешения патологического процесса остается высокочувствительной к экзо- и эндогенным раздражителям. Стадия ремиссии нередко протекает с ксерозом различной степени выраженности. Она может внешне выглядеть вполне здоровой, находясь в то же время в состоянии субклинического воспаления. Патогенетическая основа этого явления — несостоятельность эпидермального барьера кожи, восстановление которого требует обязательной коррекции, определяет длительность ремиссии, требует диспансерного наблюдения и влияет на качество жизни пациентов.

Защитные свойства кожного барьера напрямую зависят от pH на поверхности кожи. В норме она слабокислая — 4,5–5,3. Любые изменения показателей pH эпидермиса приводят к усилению десквамации корнеоцитов, нарушению процессов формирования ламеллярных телец, вызывают истончение кожи и замедляют восстановление кожного барьера. Соотношение липидов рогового слоя кожи в норме сбалансировано и представлено церамидами (40%),

холестерином (25%), эфиррами холестерина и триглицеридами (10–15%), свободными жирными кислотами (10–15%).

Основные функции липидов рогового слоя:

- ◆ предотвращение избыточной потери воды;
- ◆ поддержание определенной степени гидратации эпидермиса с обеспечением его функциональных свойств и здорового внешнего вида;
- ◆ предупреждение проникновения через кожу водорастворимых веществ.

В норме липидные пластинки имеют четкую линейную структуру, за счет чего эффективно выполняют свои функции. Процессы поствоспалительной дезорганизации липидов сопровождаются потерей их защитных функций, что приводит к неконтролируемому процессу трансэпидермальной потери воды и в значительной степени увеличивает риск проникновения чужеродных агентов, аллергенов и раздражителей.

Поствоспалительный дефицит эпидермального барьера обусловлен несколькими причинами:

- ◆ дефицитом инволюкрина, приводящим к нарушению когезии корнеоцитов;
- ◆ дефицитом натуральных увлажняющих факторов, приводящим к дегидратации;
- ◆ дефицитом липидов рогового слоя;
- ◆ генетически детерминированным дефицитом филагтрина.

Понятие о базовом уходе за кожей и его место в комплексной терапии хронических дерматозов. С целью предотвращения обострения дерматоза, для пролонгации периода ремиссии необходима своевременная и долгосрочная стратегия, направленная на коррекцию барьерной функции кожи. Ее задача — контроль за субклиническим воспалением, которое под влиянием различных факторов легко трансформируется в клинически манифестную форму болезни.

Эмолент в переводе с английского языка означает «средство для смягчения», что полностью отражает его основную задачу — смягчать кожу. Эмоленты — это жиры и жироподобные вещества, которые обладают свойством фиксироваться в роговом слое, делая поверхность кожи гладкой и нежной, шелковистой на ощупь. Можно сказать, что эффект от нанесенного на кожу крема — это на 99% эффект эмолентов. Сразу видна легкость распределения крема, его впитывание и ощущения после нанесения. Эмоленты не

проникают вглубь кожи, соответственно, не оказывают какого-либо эффекта на живые клетки. Их действие в полном смысле слова косметическое — временное улучшение внешнего вида кожи без активного вмешательства в ее физиологию.

Раньше в качестве эмолентов применяли натуральные масла: оливковое или норковое. Но все масла оставляют на коже жирную пленку, а и многие из них нестабильны и быстро «прогоркают». Альтернативой им являются синтетические эмоленты. Эмоленты наносят на кожу для увеличения ее влажности. Они образуют на коже тонкий слой, удерживая воду, которая находится в более глубоких слоях кожи. Эти вещества действуют как барьер, препятствующий испарению воды.

Компоненты, входящие в состав эмолентов, можно разделить на три группы:

- ◆ компоненты с окклюзионным эффектом (вазелин, ланолин, парафин, жидкие парафины, минеральное масло, диметикон);
- ◆ увлажнители (глицерин, лецитин, пропиленгликоль);
- ◆ компоненты, влияющие на толщину рогового слоя (мочевина, салициловая кислота, α -гидроксикислоты, аллантоин).

Классификация эмолентов. Они делятся на три вида по принципу происхождения: растительные и животные, химические, синтетические (табл. 24).

- ◆ Растительные и животные эмоленты наиболее многочисленны. В качестве натуральных эмолентов в косметике используют фосфолипиды, жирные кислоты, растительные масла (например, касторовое), воски (пчелиный, карнаубы, канделилы), растительный глицерин, натуральные жиры, сложные эфиры, ланолин, лецитин, агар, желатин. Натуральные воски, с химической точки зрения, — это эфиры жирной кислоты и жирного спирта. Жожоба — тоже воск, а не масло. С физической точки зрения воски характеризуются высокой температурой плавления (50–100 °С). Самый популярный и часто используемый воск — это пчелиный. Он является хорошим эмоментом и загустителем. Вместе с бурой пчелиный воск также обладает эмульгирующими свойствами, подобный эмульгатор часто используют в классических холодных кремах. Часто используют в косметике еще два натуральных воска. Это карнаубский и канделильский воски. Они довольно твердые и имеют высокую темпе-

ратуру плавления, это делает их более стабильными и подходящими для сухих продуктов (например, помад).

Ланолин — воскоподобное вещество, получаемое из смазки, покрывающей овечью шерсть. Образует жировую пленку, которая очень эффективно снимает симптомы сухой кожи. Однако его применяют редко, поскольку случаи аллергии на ланолин создали этому ингредиенту плохую репутацию. Сейчас наиболее часто можно встретить производные ланолина — ланолиновое масло и ланолиновый спирт.

Жир эму — эмомент, обладающий ранозаживляющими и защитными свойствами. Как все натуральные масла, оставляет жирную пленку.

Спермацет — воск, получаемый из спермацетового жира, заполняющего особые полости в голове кашалота. Мало подвержен прогорканию, хорошо смягчает кожу. Широко использовался в прежние времена, но с запретом китобойного промысла и появлением синтетических эмоментов практически вышел из употребления.

Масло жожоба — натуральный жидкий воск, получаемый из растения *Simmondsia chinensis*. Очень легко растекается по коже, образуя защитную и увлажняющую пленку. Сходными свойствами обладает синтетический эмомент олеилэрукат, который часто применяют как заменитель масла жожоба.

Масло авокадо — эмомент, содержащий богатый набор биологически активных веществ, улучшающих состояние кожи. Хорошо впитывается, однако оставляет жирную пленку.

Миндальное масло — мононенасыщенное растительное масло, которое легко растекается и быстро впитывается. Может быть комедогенным (провоцировать угри).

Оливковое масло — содержит множество биологически активных веществ, которые оказывают положительное действие на кожу. Как все натуральные масла, оставляет жирную пленку.

Персиковое масло — медленно впитывающееся масло. Эффективно устраняет симптомы сухой кожи. Как все натуральные масла, оставляет жирную пленку.

Сквален — жидкий углеводород, содержащийся в кожном сале, печени акулы и оливковом масле. Смягчает кожу, обладает защитными свойствами.

- ◆ Химические эмоменты. К ним относятся парафин, вазелин, минеральное масло. Считаются химически и биологически

нейтральными. Они не впитываются в кожу, не усваиваются клетками и образуют пленку, которая препятствует испарению воды.

Парафин — твердое, бесцветное или белое вещество, плавящееся при нагревании. Хорошо очищенный парафин безвреден, но при недостаточно хорошей очистке может раздражать кожу.

Вазелин (парафиновое желе) — вязкое бесцветное вещество. Быстро повышает содержание влаги в коже благодаря образованию водонепроницаемой пленки, но увлажняющий эффект может быть слишком сильным для нормальной кожи, что может привести к дегидратации кожи.

Минеральное масло (жидкий парафин) — бесцветная вязкая жидкость. Клетками кожи не усваивается, образует жирную пленку.

Лаурилфосфат натрия — эмульгатор, известный как раздражитель кожи и может вызывать сухость и покраснение.

- ◆ Синтетические эмоленты. Это производные жирных кислот. В косметике применяют сложные эфиры спиртов и жирных кислот, полученные синтетическим путем. Пчелиный воск можно заменить гидроксиоктакозанил гидроксистеаратом. У этого вещества очень похожие свойства с пчелиным воском, но он является лучшим эмульгатором, чем пчелиный воск. Спермацет, натуральный воск, получаемый из китов, сейчас заменяют цетилпальмитатом или воском цетиловых эфиров. Эмульгирующие воски — это особая группа синтетических восков, которая используется в качестве эмульгаторов, а не как эмоленты.

Силиконовые масла (*циклометиконы, диметиконы*) — кремний-органические (от англ. *silicon* — кремний), биологически инертные соединения, позволяют производить косметику с широким спектром свойств. Это относительно новые косметические ингредиенты, продукты долгих исследований и сложного химического синтеза, которые постепенно вытесняют традиционные органические поверхностно-активные вещества. Силиконы — биологически инертные вещества, так как не вмешиваются в биохимические процессы, протекающие в коже.

Циклометиконы имеют жидкую консистенцию. Они быстро испаряются, создавая впечатление мгновенного впитывания, и оставляют характерное ощущение шелковистости кожи.

Диметиконы представляют собой полимерные соединения, скорость их испарения зависит от длины цепи молекулы. Короткие по длине диметиконы создают эффект быстрого впитывания; средние улучшают внешний вид кожи, придавая ей приятную бархатистость; длинные создают ощущение медленно впитывающегося, но «нежирного» питательного крема. Все силиконы фиксируются на коже, образуя защитную пленку.

Изопронилиристан — синтетический эмолент, эфир изопронилового спирта и миристиновой кислоты. Легко распределяется по коже, нежирный, легкий. Улучшает внешний вид кожи, однако может провоцировать угри.

К современным средствам базового ухода (эмолентам) за кожей больных с хроническими дерматозами предъявляют достаточно жесткие требования. Они должны:

- ◆ быстро и эффективно устранять клинические проявления сухой кожи: обеспечить регидратацию рогового слоя эпидермиса; восстанавливать или предупреждать нарушение барьерной функции кожи;
- ◆ удлинять ремиссию (в случае хронического заболевания);
- ◆ не иметь в своем составе аллергенов (отдушек, красителей, консервантов, поверхностно-активных веществ);
- ◆ обладать комплаентностью (удобством при использовании — легкость нанесения, минимальная кратность применения).

Для стероидочувствительных дерматозов эти требования несколько расширены: наличие оптимального рН, отсутствие продуктов животного и растительного происхождения, их основу должна составлять физиологическая липидная смесь: керамиды, свободные жирные кислоты и холестерин в соотношении 3:1:1 соответственно.

Общие рекомендации по применению эмолентов:

- ◆ увлажнение кожи должно проводиться не менее 2 раз в день;
- ◆ эффективность применения увлажняющих средств увеличивается сразу после кратковременных водных процедур;
- ◆ рекомендуются лечебно-косметические линии, содержащие гидрофобные и гидрофильные увлажняющие вещества;
- ◆ продолжительность терапии определяется клинической необходимостью и может быть неограниченной по длительности применения.

Таблица 24

Средства ухода за кожей (эмоленты)

Активные компоненты	Торговое название	Лекарственные формы
Глицерин, молекулярное серебро, молочная кислота, керамиды-3	Перфекталь	Эмульсия для лица 100 мл, спрей для тела 125 мл
Глицерин 2%, масло карите 2–10%, сквален, альфа-бисаболол, аллантоин, ниацинамид, термальная вода La Roche-Posay	Липикар	Крем Липикар Ксеранд для кожи рук 50 мл, Липикар молочко для детей и взрослых 200 мл и 400 мл, масло Липикар для ванной и душа 200 мл, очищающий увлажняющий гель Липикар Синдет для лица и тела 200 мл и 400 мл, эмульсия Липикар 200 мл и 400 мл, гель для душа Липикар 200 мл и 400 мл, очищающее средство Липикар Сюргра 400 мл, бальзам для тела Липикар 200 мл
Ниацинамид, масло карите 20%, термальная вода La Roche-Posay, Aqua Posae Filiformis-эксклюзивный запатентованный активный компонент	Липикар АП+	Бальзам Липикар АП+ 200 мл и 400 мл, бальзам Липикар АП+ 75 мл
5% пантенол, термальная вода La Roche-Posay	Цикапласт	Крем для губ 7,5 мл
Масло семян подсолнечника, экстракт плодов сливы, глицерин, сквален	Стелатопия	Крем для мытья 200 мл, крем-эмульсия 200 мл, масло для ванны 200 мл
Молочком овса Реальба, филаксерин, жирная кислота Омега-6, витамин В ₃	А-дерма Экзомега	Масло очищающее 500 мл, смягчающее средство для ванн 250 мл, гель очищающий 500 мл, бальзам для атопичной кожи 400 мл, смягчающий крем DEFI 200 мл, интенсивный восстанавливающий крем для рук 50 мл, молочко для тела для атопичной кожи 400 мл

Активные компоненты	Торговое название	Лекарственные формы
Церамид-3 сквален, каприловые триглицериды, масло ши, кокосовое масло, глицерин, гидрогенизированный лецитин	Физиогель	Средство для очищения кожи лица 50 мл, крем для сухой и чувствительной кожи лица 75 мл, увлажняющий лосьон для сухой и чувствительной кожи тела 200 мл, крем Интенсив Физиогель для очень сухой кожи лица 100 мл, крем Физиогель А.И. для очень чувствительной кожи лица 50 мл, увлажняющий крем-флюид физиогель А.И. для очень чувствительной кожи тела 200 мл
Цинк, сульфат меди, минеральные масла, глицерин, мочеви́на, ниацинамид, токоферола ацетат	Атодерм	Крем Атодерм 500 мл, крем Атодерм РР 100 мл, крем Атодерм РО с цинком 100 мл, мыло Атодерм 150 г, гель Атодерм для душа 200 мл, очищающий мусс Атодерм 500 мл, молочко Атодерм для кожи 200 мл, крем Атодерм для рук 50 мл, стик Атодерм для губ 4 г
Льняное масло, аллантоин, биоллипиды, глицерин 10%, мочеви́на 1%, масло ши	Топикрем	АД Бальзам липидовосстанавливающий 200 мл и 500 мл, АД гель Ультра Риш очищающий 500 мл, насыщенный ультраувлажняющий крем для лица 75 мл ультраувлажняющее молочко для тела 200 мл и 500 мл, мягкая очищающая жидкость для лица и области вокруг глаз 500 мл, ультраувлажняющий бальзам для губ 5 г
Вазелин, парафин жидкий, воск микрокристаллический, мочеви́на, глицерин	Дардиа	Дардиа Липо крем, 15 мл, 50 мл Дардиа Липо бальзам, 15 мл, 100 мл Дардиа Липо молочко, 15 мл, 200 мл
Масло ши, масло карите, масло авокадо, масло макадами, мочеви́на, триглицериды кукурузного масла, рапсовое масло, парафиновое масло, гиалуронат натрия	Эмолиум	Эмульсия для купания 200 мл, крем-гель для мытья 200 мл, специальный крем 75 мл, специальная эмульсия 200 мл

Окончание табл. 24

Активные компоненты	Торговое название	Лекарственные формы
Мягкий белый парафин, холестерол, керамиды III, олеиновая и пальмитиновая кислоты	Локобейз	Локобез Липокрем 30, 50, 80, 100 г Локобейз Рипеа крем 30, 50, 100 г
Термальная вода Авен, селектиоза, основные жирные кислоты, растительные стеролы, гликоколь, пальмовое масло, колд-крем, белый пчелиный воск, парафиновое масло, кокосовое масло, масло сезама, масло картама, аллантоин	Авен	Трикзера + смягчающий крем 200 мл, трикзера + смягчающий бальзам 200 мл, трикзера + очищающий смягчающий гель 400 мл, трикзера + очищающая смягчающая ванна 200 мл, авен питательный очищающий гель с колд-кремом 250 мл, авен сверхпитательное мыло с колд-кремом 100 г, авен — бальзам для губ с колд-кремом стик 4 г, тубик 15 мл, авен — колд-крем 40 мл и 100 мл, авен — эмульсия для тела с колд-кремом 400 мл, авен — крем для рук с колд-кремом 75 мл
Термальная вода Урьяж 30%, масло карите 25%, запатентованный комплекс Церастерол 2F	Урьяж	Крем Ксемоз 200 мл, крем Ксемоз Церат 150 мл, крем-гель пенящийся Ксемоз Синдет 200 мл, стик для губ Ксемоз 4 г
Масло жожоба, масло ши, масло зародышей пшеницы, лецитин, аллатоин, экстракт солодки и фиалки, бисаболол, пантенол, масло авокадо, экстракт грецкого ореха	Ла-кри	Крем Ла-кри интенсивный для сухой и чувствительной кожи 50 мл, восстанавливающий крем Ла-кри 30 г, гель Ла-кри очищающий 200 мл, эмульсия Ла-кри 200 мл, бальзам Ла-кри для губ 12 г
Жидкий парафин, мочевины 2%, триглицериды 5%	Эксипиал М	Липолосьон 200 мл, гидролосьон 200 мл
Парафин жидкий и белый, пальмитат натрия	Ойлатум	Эмульсия для ванн 150 мл и 500 мл, гель для душа 65 г, мыло 100 г, крем 500 г, крем для сухой и чувствительной кожи для детей и младенцев 40 г

10.9. Правила выписывания рецептов больному

Правила назначения лекарственных препаратов больному и выписывание ему рецептов регулируются порядком, утвержденным МЗ РФ в соответствии с Федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». Назначение и выписывание лекарственных препаратов осуществляется лечащим врачом за своей подписью и указанием должности. В рецептах указывается международное непатентованное название препарата, а при его отсутствии — группировочное наименование.

Выписывание лекарственных препаратов с использованием торгового названия допускается в двух случаях:

- ◆ при отсутствии международного непатентованного названия или группировочного наименования препарата;
- ◆ по жизненным показаниям и/или в случае индивидуальной непереносимости лекарственного средства. В этих случаях обязательным условием является решение врачебной комиссии медицинского учреждения, которое фиксируется в медицинской карте больного и в журнале врачебной комиссии.

В дерматологической практике часто выписываются лекарственные препараты, требующие индивидуального изготовления в аптечных учреждениях. При выписывании индивидуального рецепта больному наименования наркотических, психотропных и других препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, пишутся в начале рецепта, а затем все остальные ингредиенты. Количество жидких фармацевтических субстанций указывается в миллилитрах или каплях, остальных — в граммах.

Рецепт на лекарственный препарат выписывается на рецептурных бланках установленной формы, на имя пациента, которому он предназначен. Если рецепт выдан законному представителю больного, то этот факт фиксируется записью в медицинской карте пациента. Выписывая лекарство больному, врач обязан в истории болезни или амбулаторной карте обосновать целесообразность его назначения, указать разовую дозу, кратность приема или введения, длительность курса, время суток (утро или вечер), а для лекарственных препаратов — на эффективность действия которых влияет прием пищи, отмечать прием до, во время или после еды. Рецептурные бланки при выписывании психотропных средств

и других препаратов, подлежащих предметно-количественному учету, действительны в течение 10 дней; гражданам, имеющим право на бесплатное получение лекарств — в течение месяца; лицам пенсионного возраста, инвалидам I группы и детям инвалидам — в течение 3 месяцев.

Любой лекарственный препарат выписывается на латинском языке. При написании рецепта на комбинированный препарат, по-латыни пишутся все ингредиенты. При необходимости срочного или немедленно отпуска лекарства в верхней части рецепта проставляется надпись *cito* (срочно) или *Statium* (немедленно).

В соответствии с Федеральным законом 323 врачи не имеют право заключать с представителями фармацевтических компаний соглашения о назначении или рекомендации пациентам лекарственных препаратов, медицинских изделий (за исключением договоров о проведении клинических исследований препаратов, клинических испытаний медицинских изделий); получать образцы препаратов и медицинских изделий для вручения пациентам, выписывать рецепты, на которых содержится информация рекламного характера, а также раздавать рецепты, на которых заранее написано название препарата или медицинского изделия.

ИНДЕКСЫ ОЦЕНКИ ТЯЖЕСТИ ДЕРМАТОЗОВ

11.1. Атопический дерматит

Для оценки степени тяжести атопического дерматита (АтД) используют модифицированные критерии Американской ассоциации по аллергии и астме (табл. 25). В европейских странах применяется система SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), разработанная Европейской рабочей группой по проблеме АтД в 1990–1992 годах (Stadler J.F. et al., 1993). Бельгийской компанией AIMS (E-mail: medinfo@aims.be) разработана компьютеризированная программа «Калькулятор SCORAD».

Оценка степени тяжести АтД тем или иным способом позволяет, с одной стороны, осуществлять контроль за течением АтД у больного на протяжении всего периода наблюдения за ним, а с другой — оценивать эффективность различных методов терапии заболевания. В последние годы часто при различных дерматозах используется Дерматологический индекс оценки качества жизни — Dermatology Life Quality Index (Finlay A.Y., 1994). Для оценки динамики патологического процесса на коже у больных АтД разработан русифицированный вариант индекса Finlay — дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) (Кочергин Н.Г., 1998; 2001).

**Модифицированные критерии тяжести atopического дерматита
Американской ассоциации по аллергии и астме**

Признаки	Течение		
	<i>легкое</i>	<i>среднетяжелое</i>	<i>тяжелое</i>
Выраженность воспалительных изменений на коже	Слабая эритема, экссуδάция, ин-фильтрация	Выраженная экссуδάция, лихенификация, экскориа́ции, трещины, корки	Множественные и обширные очаги поражения со стойкой экссуδάцией, инфильтрацией, лихенификацией, глукбокими линейными трещинами
Интенсивность кожного зуда	Слабый	Умеренный или сильный	Сильный, «пульсирующий» или постоянный
Увеличение лимфатических узлов	До размеров «горошины»	До размеров «лесного ореха»	До размеров «фасоли» или увеличение всех групп лимфатических узлов до размеров «лесного ореха»
Частота обострений в год (разы)	1–2	3–4	5 и более
Длительность периодов ремиссий (мес.)	6–8	2–3	1–1,5
Характеристика периодов ремиссий	Симптомы болезней отсутствуют	Неполная клинико-лабораторная ремиссия	Наличие стойкой лихенификации, инфильтрации, неполная клинико-лабораторная ремиссия
Эозинофилия (%)	5–7	7–10	Более 10
Уровень IgE (МЕ/л)	150–250	250–500	Более 500

Индекс SCORAD

При оценке степени тяжести АтД по индексу SCORAD учитываются следующие показатели:

- ◆ распространенность патологического процесса на коже;
- ◆ клинические проявления и степень их выраженности;
- ◆ интенсивность субъективных симптомов.

Распространенность патологического процесса на коже у детей оценивается по правилу «девятки», где за единицу измерения принята площадь ладонной поверхности кисти большого, составляющая 1% от всей площади кожного покрова ребенка (рис. 1), а у взрослых весь кожный покров делится на 100 сегментов, каждый из которых соответствует 1% (рис. 2).

При осмотре больного с АтД врач заштриховывает на схеме сегмент, соответствующий очагам поражения на коже. Сумма всех заштрихованных участков составляет площадь поражения. Распространенность патологического процесса при АтД может колебаться от 0 (ремиссия) до 100% (эритродермия Хилла).

Клинические проявления и степень их выраженности. Учитываются шесть клинических проявлений при АтД:

- ◆ эритема;
- ◆ отек/папула;
- ◆ корки/мокнутые;
- ◆ эксфолиации;
- ◆ лихенификация;
- ◆ сухость/трещины/шелушение.

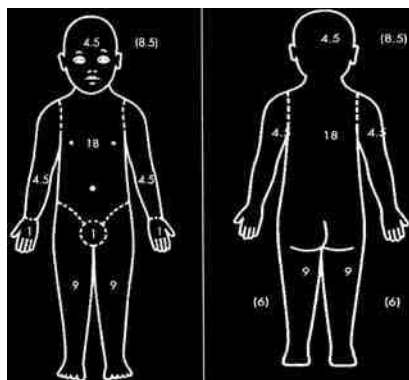


Рис. 1. Оценка распространенности патологического процесса на коже у детей

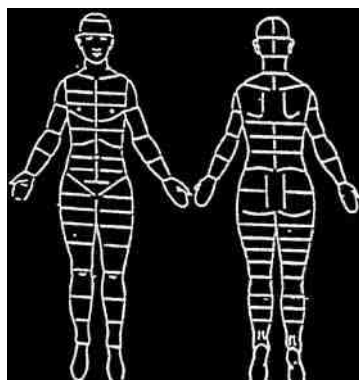


Рис. 2. Оценка распространенности патологического процесса на коже у взрослых

Степень выраженности каждого симптома оценивают по трехбалльной шкале:

- 1 — симптом выражен слабо;
- 2 — симптом выражен умеренно;
- 3 — симптом выражен сильно.

Если симптом отсутствует, то ставится 0. Полубалльные оценки не приняты. Максимальная сумма баллов — 18. Оценка симптомов проводится на тех участках кожного покрова, где они наиболее выражены. Все клинические проявления заболевания могут соответствовать одной локализации. Оценка сухости кожи осуществляется визуально и пальпаторно на участках кожного покрова, где высыпания отсутствуют. Для учета степени выраженности объективных проявлений АтД как на момент осмотра, так и в динамике удобно использовать специальную табл. 26.

Таблица 26

Количественная оценка выраженности объективных проявлений АтД в динамике (баллы)

Клинический критерий	Дата осмотра				
Эритема					
Отек/папула					
Экссудация/корочки					
Экскориации					
Лихенификация					
Сухость/трещины/шелушение					
Общая сумма баллов					

Субъективные симптомы. Учитывается степени выраженности кожного зуда и нарушения сна. Больному или его родителям предлагается указать на 10-сантиметровой линейке (рис. 3) среднее значение выраженности симптомов в течение последних трех суток.

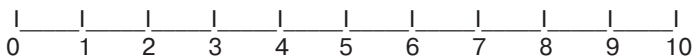


Рис. 3. Шкала для оценки субъективных симптомов АтД

Обязательно необходимо удостовериться в том, что больной и/или его родственник правильно поняли вопрос и способны дать адекватный ответ. Полученные данные заносятся в табл. 27.

Таблица 27

**Количественная оценка выраженности субъективных симптомов
АтД в динамике (баллы)**

Субъективные симптомы	Дата			
Кожный зуд (от 0 до 10)				
Нарушение сна (от 0 до 10)				
Общая сумма субъективных симптомов (баллы)				

Система SCORAD представляет собой комплексную оценку распространенности патологического процесса, степени выраженности высыпаний и субъективных симптомов. При оценке удельного веса каждого признака, входящего в индекс SCORAD, группа экспертов ввела два коэффициента, корригирующие величину составляющих симптомов или блоков симптомов:

- ◆ $1/5$ (или $0,2$) \times площадь очагов поражения — уменьшение в 5 раз суммы баллов распространенности патологического процесса;
- ◆ $7/2$ (или $3,5$) \times сумму объективных симптомов — увеличение в 3,5 раза суммы баллов степени выраженности клинических проявлений.

Формула расчета индекса SCORAD:

$$\text{Индекс SCORAD} = 0,2 \times A + 3,5 \times B + C,$$

где A — площадь очагов поражения; B — сумма объективных симптомов; C — сумма субъективных симптомов.

Диапазон значений индекса SCORAD может колебаться от 0 (ремиссия) до 103 (максимальная выраженность всех клинических проявлений АтД).

Модифицированный индекс SCORAD, обозначаемый как TIS (Tiny Index SCORAD), включает только объективные проявления АтД (распространенность патологического процесса и степень выраженности кожных проявлений) и используется у детей младше 7 лет и в случаях, когда пациенты не способны адекватно оценить свои субъективные симптомы:

$$\text{Индекс TIS} = 0,2 \times A + 3,5 \times B,$$

где A — площадь очагов поражения; B — сумма объективных симптомов.

Диапазон значений индекса TIS может колебаться от 0 (ремиссия) до 86 (максимальная выраженность всех клинических проявлений АтД).

Компьютерная программа «Калькулятор SCORAD». Компьютерная программа «Калькулятор SCORAD» разработана Бельгийской компанией «AIMS» (E-mail: medinfo@aims.be). Она позволяет вводить в память компьютера паспортные данные, возраст больного и цифровые данные, включающие площадь очагов поражения, суммарную степень выраженности объективных симптомов АтД и сумму субъективных симптомов заболевания. Индекс SCORAD рассчитывается автоматически.

Детский дерматологический индекс качества жизни ДДИКЖ (Кочергин Н.Г., 1998)

Цель этого вопросника (табл. 28) — определить степень влияния кожного заболевания на ваш образ жизни на протяжении последней недели. Пожалуйста, выберите лишь один ответ на каждый вопрос.

Таблица 28

ДДИКЖ (Кочергин Н.Г., 1998)

Вопрос	Варианты ответов
1. Насколько зудящей, раздраженной или болезненной была ваша кожа в последнее время?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
2. Насколько стеснительны, застенчивы или печальны вы были из-за вашей кожи?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
3. Как сильно ваши кожные проблемы влияли на отношения с друзьями?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
4. Как сильно в последнее время состояние вашей кожи влияло на характер вашей одежды и обуви?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
5. Как сильно ваши кожные проблемы затрудняли вам прогулки, игры или другие увлечения?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)

Вопрос	Варианты ответов
6. Насколько сильно из-за состояния кожи вы вынуждены были избегать заниматься, например, плаванием или другими видами спорта в последнее время?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
7. Как сильно состояние кожи мешало вашим занятиям в школе? Если это были каникулы, мешало ли это каникулярным планам?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
8. Много ли неприятностей было у вас в общении с людьми в связи с вашей кожной проблемой? Вас обзывали, дразнили, задирали, задавали вопросы или избегали вас?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
9. Сильно ли нарушен был ваш сон в последнее время по причине кожного заболевания?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
10. Много ли проблем было связано с лечением вашего кожного заболевания?	Очень сильно (№ 1) Довольно сильно (№ 2) Совсем немного (№ 3) Совсем нет (№ 4)
<i>Пожалуйста, проверьте, ответили ли вы на каждый вопрос. Спасибо.</i>	

Инструкция для использования ДДИКЖ и подсчета баллов представлена в табл. 29.

Таблица 29

**Количественная оценка ответов
при использовании ДДИКЖ**

Очень сильно (ответ № 1)	3 балла
Сильно (ответ № 2)	2 балла
Немного (ответ № 3)	1 балл
Не беспокоит (ответ № 4)	0 баллов
Нет ответа на вопрос	0 баллов
Второй вопрос в пункте № 7	3 балла

Подсчет баллов при оценке ДДИКЖ производится простым суммированием. Минимальное значение равно 0, максимальное — 30 баллам. Чем больше баллов, тем большее влияние оказывает заболевание кожи на качество жизни.

Анализ ДДИКЖ может производиться по 6 разделам, что представлено в табл. 30.

Таблица 30

**Количественная оценка ДДИКЖ
с учетом различных обстоятельств**

Симптомы и ощущения	Вопросы 1 и 2	Максимальное число баллов — 6
Отдых	Вопросы 4, 5, 6	Максимальное число баллов — 9
Учеба и каникулы	Вопрос 7	Максимальное число баллов — 3
Отношения с окружающими	Вопросы 3 и 8	Максимальное число баллов — 6
Сон	Вопрос 9	Максимальное число баллов — 3
Лечение	Вопрос 10	Максимальное число баллов — 3

Каждый раздел можно подсчитывать в процентах, считая от 9 баллов, 6 баллов или 3 баллов. Количество правильно заполненных анкет обычно большое. Иногда пациенты допускают ошибки. Если один вопрос оставлен без ответа, он оценивается в 0 баллов, а баллы суммируются и подсчитываются как обычно, исходя из минимума 30 баллов. Если без ответа остаются 2 вопроса и более, то данные анкеты при обработке материала не учитываются.

11.2. Псориаз

По классификации Национального фонда псориаза США имеется три уровня тяжести псориаза (Пегано Д., 2001):

- ◆ слабый: (mild) — при площади поражения тела не более 2%;
- ◆ средний (moderate) — от 2 до 10%;
- ◆ тяжелый (severe) — при площади поражения тела более 10%.

Для оценки степени тяжести псориаза используют индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) и индекс тяжести псориаза — PSS (Psoriasis Severity Scale).

Индекс PASI применяется также для оценки эффективности проводимой терапии и в настоящее время широко используется в клинических и научных исследованиях. Используются три показателя:

- ◆ доля определенной области тела в общей поверхности кожного покрова (в %) (табл. 31);
- ◆ распространенность поражения в определенной области;
- ◆ степень тяжести псориазических изменений (эритема, инфильтрация, шелушение).

Таблица 31

**Доля четырех частей тела в общей
поверхности кожного покрова (%)**

Области тела	Код	% к общей поверхности тела
Голова	Г	10 (0,1)
Верхние конечности	ВК	20 (0,2)
Туловище	Т	30 (0,3)
Нижние конечности	НК	40 (0,4)

Для расчета индекса PASI в баллах учитываются площадь очагов поражения и тяжесть процесса, что представлено в табл. 32.

Далее индекс PASI рассчитывается по формуле:

$$\text{PASI} = (\text{Г}) + (\text{ВК}) + (\text{Т}) + (\text{НК}).$$

Расшифровка: минимальное количество баллов — 0, максимальное количество — 72. Минимальный индекс PASI, применяемый для клинических испытаний, равен 18. Уменьшение индекса PASI на 75 % или более (или индекс PASI менее 8) соответствует «значительному улучшению» состояния больного.

Индекс тяжести псориаза PSS (Psoriasis Severity Scale) вычисляется по формуле:

$$\text{индекс PSS} = 1/6 \times (\text{эритема} + \text{шелушение} + \text{инфильтрация}) \times \\ \times \text{площадь поражения (для всего тела в целом)}.$$

В данном случае эритема, шелушение и инфильтрация оцениваются по 2-балльной шкале: 1 — слабая интенсивность; 2 — высокая интенсивность; 0 — отсутствие признака.

11.3. Онихомикоз

Для объективной оценки тяжести онихомикоза предложен индекс КИОТОС — клинический индекс оценки тяжести онихомикоза Сергеева (Сергеев А.Ю., 1999). Индекс позволяет принять оптимальное решение при выборе метода терапии онихомикоза. Индекс учитывает клинические показатели и физиологические характеристики ногтя.

Выбирая метод лечения онихомикоза и определяя его длительность, необходимо учитывать клинические показатели и факторы,

**Система баллов PASI с учетом площади поражения
и тяжести процесса**

Баллы	0	1	2	3	4	5	6
1. Эритема	Отсутствует	Легкая	Умеренная	Тяжелая	Очень тяжелая		
2. Инфильтрация							
3. Шелушение							
4. Площадь	0	<10	10 < 30	30 < 50	50 < 70	70 < 90	90–100
Оценка в баллах	Голова (Г)		Верхние конечности (ВГ)		Туловище (Т)		Нижние конечности (НК)
1. Эритема							
2. Инфильтрация							
3. Шелушение							
Σ (сумма 1, 2 и 3)							
Σ (сумма 1, 2 и 3) \times площадь в баллах (пункт 4) =							
Σ (сумма 1, 2 и 3) \times площадь в баллах (пункт 4) \times долю частей тела (табл. 8)	$\times 0,1 =$	$\times 0,2 =$	$\times 0,3 =$				

определяющие скорость роста ногтей. К клиническим показателям относятся:

- ◆ клиническая форма заболевания — поверхностная, дистальная, проксимальная;
- ◆ глубина поражения ногтя или длина вовлеченной в процесс его дистальной части, начиная от свободного края — $1/3$ – $2/3$ ногтевой пластинки и тотальное поражение;
- ◆ выраженность подногтевого гиперкератоза при его дистальной форме — нет / до 1 мм; умеренный (1–2 мм); выраженный (> 2 мм).

Каждому варианту трех вышеперечисленных клинических показателей в индексе КИОТОС соответствует балл трехбалльной шкалы градации (табл. 33).

Таблица 33

Шкала оценки клинических проявлений онихомикоза

Оцениваемый параметр	Деления шкалы		
	1	2	3
Клиническая форма (<i>f</i>)	Поверхностная	Дистальная	Проксимальная
Глубина поражения ногтя (<i>d</i>)	До $1/3$	$1/3$ – $2/3$	Более $2/3$
Степень гиперкератоза (<i>h</i>)	Нет/до 1 мм	Умеренный (1–2 мм)	Выраженный (> 2 мм)

Следует учитывать, что глубина поражения ногтевой пластинки и степень гиперкератоза оцениваются только при дистальной форме онихомикоза. Поверхностная форма не сопровождается гиперкератозом, а глубина поражения ногтя не влияет на выбор метода лечения. При проксимальной форме также почти никогда не бывает гиперкератоза, а глубина поражения ногтя всегда соответствует наибольшей градации шкалы (3). Только при дистальной форме степень гиперкератоза и глубина поражения могут быть учтены в полной мере.

Для поверхностной формы, при которой глубина поражения ногтя и гиперкератоз не учитываются, клинический индекс (КИ) как одна из составляющих индекса КИОТОС будет равен единице.

Для дистальной формы учитываются все три параметра. КИ рассчитывается по формуле:

$$КИ = \frac{d}{3} \times (f + h),$$

где:

- ◆ $KИ$ — клинический индекс как одна их составляющих индекса КИОТОС;
- ◆ d — число, соответствующее градации шкалы по глубине поражения (от 1 до 3);
- ◆ 3 — коэффициент с учетом условного деления глубины поражения ногтевой пластики на 3 равные части ($1/3$, $2/3$, $3/3$ или тотальный процесс);
- ◆ f — число, соответствующее делению шкалы по параметру клинической формы;
- ◆ h — число, соответствующее делению шкалы по параметру степени гиперкератоза.

Для проксимальной формы онихомикоза, при которой глубина поражения ногтя достигает последней трети ногтевой пластинки, а гиперкератоз крайне редок и поэтому не учитывается, формула расчета клинического индекса несколько отличается:

$$KИ = \frac{d}{3} \times f.$$

Учитывая, что показатели глубины поражения ногтя (d) и клинической формы (f) всегда равны 3, то и клинический индекс будет составлять 3.

Иначе говоря, при поверхностной и проксимальной формах клинический индекс онихомикоза имеет постоянную величину — 1 и 3 соответственно. При дистальной форме значение индекса изменяется за счет показателей глубины поражения ногтя (d) и степени выраженности гиперкератоза (h). Он может колебаться от 1 до 5, превышая таковой даже при проксимальной форме.

Существует единая для всех клинических форм расчетная формула клинического индекса онихомикоза:

$$KИ = \left(\left(\frac{d}{3} \right)^{3-f} \times (f+h(3-f)) \right)^{1 - \frac{(2-f)(3-f)}{2}}.$$

Ниже приводится табл. 34 с диапазоном значений клинического индекса онихомикоза и с учетом всех вариантов значений трех описанных выше клинических признаков (форма онихомикоза, глубина поражения ногтя и степень гиперкератоза).

Таблица 34

Диапазон значений клинического индекса ониомикоза

Глубина поражения (d)	Клиническая форма (f)			Степень гиперкератоза (h)
	1	2	3	
1	Всегда 1	1	Всегда 3	1
		1,3		2
		1,6		3
2		2		1
		2,6		2
		3,3		3
3		3		1
		4		2
		5		3

Терапевтический подход к лечению ониомикоза можно определять уже в соответствии с клинической составляющей индекса КИОТОС (табл. 35).

Таблица 35

Терапевтический подход к лечению ониомикоза с учетом клинической составляющей индекса КИОТОС

КИ	Клинические варианты ониомикоза с учетом его формы, глубины поражения ногтя и степени гиперкератоза	Тактика лечения
1	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Поверхностная форма ◆ Дистальная форма: поражение до $\frac{1}{3}$ глубины ногтя при отсутствии или умеренном гиперкератозе 	Показана местная терапия
2	Дистальная форма: поражение до $\frac{1}{3}$ глубины ногтя с выраженным гиперкератозом	Показана местная терапия, однако ее успех может быть ограничен в зависимости от скорости роста ногтя. Возможна системная терапия
3	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Проксимальная форма ◆ Дистальная форма: поражение до $\frac{2}{3}$ глубины ногтя с умеренным или выраженным гиперкератозом, или более $\frac{2}{3}$ глубины с отсутствующим гиперкератозом 	Показана системная терапия
4	Дистальная форма: поражение более $\frac{2}{3}$ глубины ногтя с умеренным гиперкератозом	Показана системная терапия, однако ее успех может быть ограничен без удаления роговых масс



Окончание табл. 35

КИ	Клинические варианты онихо-микоза с учетом его формы, глубины поражения ногтя и степени гиперкератоза	Тактика лечения
5	Дистальная форма: поражение более $\frac{2}{3}$ глубины ногтя с выраженным гиперкератозом	Показана комбинированная терапия с назначением системного препарата и обязательным удалением ногтевой пластинки и чистой ногтевого ложа

В индексе КИОТОС учитываются также факторы, определяющие скорость роста ногтей. Это локализация ногтевых пластинок (кисти/стопы) и возраст пациента (табл. 36 и 37). От скорости роста ногтя зависит продолжительность лечения онихомикозов системными антимикотиками. Скорость роста ногтя определяется их локализацией (на ногах они растут медленнее), возрастом больного и сопутствующей патологией.

С учетом локализации пораженных ногтей и возраста пациентов разработана ростовая составляющая (РИ) индекса КИОТОС. Она рассчитывается по формуле:

$$РИ = I \times (a + 3),$$

где:

- ◆ $РИ$ — ростовая составляющая индекса КИОТОС;
- ◆ I — локализация поражения в зависимости от конечностей (верхние или нижние) и пальцев (I–V);
- ◆ a — возрастная группа больного.

Таблица 36

Шкала оценки ростовой составляющей индекса КИОТОС

Оцениваемый параметр	Градация шкалы		
	1	2	3
Возраст, годы (a)	15–25	25–60	Старше 60
Локализация (I)	II–V пальцы кистей	II–V пальцы стоп или I кистей	I пальцы стоп

Таблица 37

**Время отрастания ногтевой пластинки с учетом возраста
больного и локализации онихомикоза (мес.)**

Шкала градации (I)	Локализация пораженных ногтевых пла- стинок	Возраст больного (годы)		
		Шкала градации (a)		
		1 (15–25 лет)	2 (25–60 лет)	3 (старше 60 лет)
1	II–V пальцы кистей	4	5	6
2	I палец кистей и II–V пальцы стоп	8	10	12
3	I пальцы стоп	12	15	18

Индекс КИОТОС рассчитывается по единой формуле — произведению клинической и ростовой составляющих:

$$КИОТОС = \left(\left(\frac{d}{3} \right)^{3-f} \times (f+h(3-f)) \times l \times \frac{(a+3)}{3} \right)^{1 - \frac{(2-f)(3-f)}{2}}$$

Значения индекса КИОТОС, определяемые данной формулой, колеблются от 1 до 30. Их варианты с учетом клинической и ростовой составляющей представлены в табл. 38.

Чтобы избежать вычисления КИОТОС с помощью расчетной формулы или таблицы значений, предложено особое устройство — расчетная линейка. Вращая круги линейки, врач сопоставляет клинические показатели (форма онихомикоза, глубина поражения ногтевой пластики, степень гиперкератоза) и ростовые составляющие (локализация онихомикоза, возраст больного) и в прорези линейки получает значение индекса КИОТОС. Терапевтический подход к лечению онихомикоза определяется в зависимости от полученного значения (табл. 39).

11.4. Акне

Определение степени тяжести акне у больного необходимо как для оценки его клинического статуса в момент осмотра врачом, так и для оценки эффективности выбранного метода лечения.

Таблица 38

Значения индекса КИОТОС*

Значение КИ	Значение РИ							
	4	5	6	8	10	12	15	18
1	1,333	1,6667	2,000	2,667	3,333	4,000	5,000	6,000
1,3	1,778	2,222	2,667	3,556	4,444	5,333	6,667	8,000
1,6	2,222	2,778	3,333	4,444	5,556	6,667	8,333	10,000
2	2,667	3,333	4,000	5,333	6,667	8,000	10,000	12,000
2,6	3,556	4,444	5,333	7,111	8,889	10,667	13,333	16,000
3,3	4,444	5,556	6,667	8,889	11,111	13,333	16,667	20,000
3	4,000	5,000	6,000	8,000	10,000	12,000	15,000	18,000
4	5,333	6,667	8,000	10,667	13,333	16,000	20,000	24,000
5	6,667	8,333	10,000	13,333	16,667	20,000	25,000	30,000

* Данный диапазон значений представлен для дистально-латеральной формы онихомикоза. Диапазон значения для проксимальной формы соответствует третьей снизу строке со значением КИ, равным 3. Для поверхностной формы диапазона нет, поскольку значение КИОТОС для этой формы всегда равно 1. Верхние выделенные ячейки отражают показания для местной терапии, нижние — для комбинированной.

Таблица 39

Терапевтический подход к лечению онихомикоза с учетом индекса КИОТОС

Значение индекса КИОТОС	Терапевтический подход к лечению
1–3	Местная терапия
3–6	Местная терапия (успех ограничен); возможна системная терапия по схемам для онихомикозов кистей
6–9	Системная терапия по схемам для онихомикозов кистей
9–12	Системная терапия по схемам для онихомикозов стоп
12–16	Системная терапия по схемам, превышающая продолжительность принятых для онихомикозов стоп
Более 16	Комбинированная терапия
Более 20	Комбинированная терапия с удалением ногтевой пластики

Общеизвестно, что тяжесть акне определяется видом высыпаний на коже больного, распространенностью процесса, наличием осложнений. Существенная роль отводится и оценке психосоциального статуса пациента, что нередко упускается клиницистами. Акне могут оказывать значительное психологическое воздействие на больного, вызывая беспокойство, депрессию, социальную дезадаптацию, межличностные и производственные трудности.

Рациональный подбор терапии в первую очередь основывается на правильной клинической оценке акне (табл. 40) .

Таблица 40

Клиническая оценка акне
(Ho V., Miller R., Clouteir R. et al., 1995)

<p style="text-align: center;">Анамнез</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Длительность акне ◆ Описание поражений, включая оценку максимальной тяжести ◆ Локализация поражений ◆ Осложнение/отягощающие факторы ◆ Сезонная вариабильность ◆ Другие кожные расстройства (особенно гирсутизм, андрогенная алопеция, себорея, указывающие на избыток андрогенов; атопический дерматит, который может развиваться на фоне потенциального раздражения от местного лечения акне) ◆ Семейный анамнез, отягощенный по акне и другим болезням кожи ◆ У женщин — гинекологический анамнез, беременности и использование пероральных контрацептивов 	<p style="text-align: center;">Физикальный осмотр</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Тип поражений: <ul style="list-style-type: none"> а) невоспалительные (открытые и закрытые комедоны); б) воспалительные (папулы, пустулы и узелки) ◆ Локализация поражений ◆ Осложнения: экскориации; рубцы (атрофические, келлоидные); гипер- или гипопигментация <p style="text-align: center;">Оценка психосоциального статуса</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Беспокойство, депрессия ◆ Социальная дезадаптация ◆ Трудности в межличностных отношениях и на работе <p style="text-align: center;">Диагностическое обследование (показано редко)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Посев, например, для исключения грамотрицательного фолликулита
<p style="text-align: center;">Анамнез</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Текущее и предшествующее лечение акне, включая сведения о соблюдении режима лечения ◆ Данные о другом медикаментозном лечении ◆ Лекарственная аллергия ◆ Общий медицинский анамнез 	<p style="text-align: center;">Диагностическое обследование (показано редко)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Гормональные исследования, например, при подозрении на избыток андрогенов ◆ Биопсия кожи при необходимости дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, например, саркоидозом

На практике принято выделять «физиологические» и «клинические» акне. У большей части подростков акне относится к разря-

ду «физиологических». Они сопутствуют пубертатному гормональному кризу. Малочисленные высыпания не требуют обращения к врачу. «Клинические» акне обуславливают целый ряд проблем для пациента и врача. Клинически они полиморфны. Среди высыпных элементов различают невоспалительные и воспалительные акне (табл. 41) (Котова Н.В., Суворова К.Н., 2002).

Таблица 41

Классификация акне-элементов

Невоспалительные элементы	Воспалительные элементы
Закрытые (белые) комедоны	Поверхностные (менее 5 мм) ◆ Фолликулярные папулы ◆ Фолликулярные пустулы
Открытые (черные) комедоны	Глубокие, узловатые (более 5 мм) ◆ Индуративные акне ◆ Конглобатные акне
Милиумы	Осложненные элементы: ◆ Абсцедирующие акне ◆ Флегманозные акне ◆ Кистозные акне ◆ Молниеносные акне ◆ Рубцующиеся акне ◆ Акне-келоид ◆ Синусовые тракты

Для оценки степени тяжести акне предложено несколько классификаций. Группой канадских авторов (1995) предложена классификация, основанная на типе, тяжести поражений, осложнений, а также психосоциальном воздействии болезни на пациента (табл. 42).

Клиническая картина акне у больных в большинстве случаев представлена комедонами, папулами, пустулами и конглобатными акне. В соответствии с этим выделяют (цит. по: Адаскевич В.П., 2003):

- ◆ комедоновое акне;
- ◆ папуло-пустулезное акне;
- ◆ конглобатное акне.

В случае комедонового акне доминируют закрытые или открытые комедоны. Степень тяжести комедонового акне классифицируется по числу высыпаний на одной стороне лица:

I степень — комедонов менее 10;

II степень — комедонов 11–25;

III степень — комедонов 26–50;

IV степень — комедонов свыше 50.

Большинство случаев комедонового акне относится к первой или второй степени тяжести. Воспалительные высыпания могут быть,

Классификация акне по степени тяжести
(Ho V, Miller R., Cloufeir R. et al., 1995)

Клинические характеристики	Преимущественный тип поражений	Степень тяжести		
		легкая	средняя	тяжелая
Невоспалительные поражения	Закрытые или открытые комедоны	Мало/локализованные	Много	Очень много/обширные поражения
Воспалительные поражения	Папулы*	Мало/локализованные	Много	Очень много/обширные поражения
	Пустулы**	Мало/локализованные	Много	Очень много/обширные поражения
	Узелки***	Нет	Мало	Много
Осложнения	Рубцы (атрофические или индуративные)	Нет	+	++
	Стойкие пигментные изменения	+	++	+++
Психосоциальное воздействие	Келлоид	Нет	Нет	+/-
		+	++	+++

* Папулы — воспалительные элементы менее 5 мм в диаметре.

** Пустулы — нагноившиеся элементы менее 5 мм в диаметре.

*** Узелки — воспалительные элементы более 5 мм в диаметре, они могут нагнаиваться и иногда называются кистами.

однако их число не превышает более пяти элементов на одной стороне лица. В своем дебюте комедоновое акне — заболевание неопасное. Однако у взрослых может быть и IV степень тяжести комедонового акне. Комедоновое акне обычно впервые появляется на носу, затем на лбу, а через месяцы или даже годы спускается на область подбородка.

Папуло-пустулезное акне — самый распространенный тип высыпаний в возрасте 18–25 лет. Это сочетание комедонов и воспалительных элементов, представленных папулами и пустулами. Существенно, что при гистологическом исследовании биоптатов таких папул часто выявляются типичные признаки пустул. Не случайно их часто объединяют общим названием папуло-пустулы. Оценка степени тяжести этой категории акне базируется исключительно на количественном учете воспалительных высыпаний без учета комедонов (цит. по: Адаскевич В.П., 2003).

I степень — папуло-пустул менее 10;

II степень — папуло-пустул 10–20;

III степень — папуло-пустул 21–30;

IV степень — папуло-пустул более 30.

Конглобатное акне не требует градации по степени тяжести, так как его наличие уже свидетельствует о тяжелом течении заболевания. Конглобатное акне никак не может быть отнесено к легкому течению.

Американской академией дерматологии предложена следующая оценка степени тяжести акне (табл. 43) (цит. по: Адаскевич В.П., 2003).

Таблица 43

Оценка степени тяжести акне

Типы акне	Степени тяжести акне			
	легкая	средняя	тяжелая	очень тяжелая
Комедоны	Мало	Много	Много	Очень много
Папулы/ пустулы	Нет или мало	От единичных до многочисленных	Очень много	Очень много
Узелки Кисты Фистулы	Нет	Нет или мало	Много	Много
Узлы	Нет	Нет	Нет или мало	От единичных до многочисленных и глубоко располо- женных
Воспаление	Нет	Выражено	Сильное	Очень сильное
Рубцы	Нет	Нет	Имеются	Имеются

Степень тяжести акне может определяться и по методу С.Н. Cook и соавт. (1979) в модификации В.С. Allen и J.G. Smith (1982) на основании шкалы от 0 до 8 (табл. 44). Восемь градаций, выделяемых по указанной шкале, позволяют провести количественную и качественную характеристику степени тяжести заболевания, учитывая площадь поражения и количество высыпных элементов.

Таблица 44

Шкала оценки степени тяжести акне
(Cook С.Н. et al., в модификации В.С. Allen и J.G. Smith)

Градация шкалы	Описание клинических проявлений
0	Кожа не безупречно чистая. Может присутствовать небольшое количество мелких комедонов или папул. Это заметно только при осмотре с близкого расстояния
2	Приблизительно на $\frac{1}{4}$ поверхности лица имеется небольшое количество крупных или 20–30 мелких закрытых комедонов и от 6 до 12 небольших папул
4	Приблизительно на $\frac{1}{2}$ поверхности лица имеются крупные и мелкие комедоны, небольшие папулы. Обязательно наличие небольшого количества пустул или крупных выступающих комедонов. Если преобладают поражения крупных размеров, то заболевание может быть классифицировано как «шкала 4» даже при поражении менее $\frac{1}{2}$ площади лица
6	Приблизительно на $\frac{3}{4}$ поверхности лица имеются папулы и/или крупные открытые комедоны. Обычно имеются множественные пустулы, некоторые из них — крупные. Если преобладают воспалительные элементы крупных размеров, то заболевание может быть классифицировано как «шкала 6» даже при поражении менее $\frac{3}{4}$ площади лица
8	Поражена практически вся площадь лица. Имеют место крупные выбухающие пустулы. Выражено воспаление высокой степени. Могут присутствовать и другие типы угревой сыпи, такие как конглобатное акне, включая синусовые и кистозные типы

Примечание. Шкала от 0 до 8 является линейной, т.е. различие между градацией 0 и 2 должно быть тем же самым, что и между градацией 2 и 4, 4 и 6 и т.д. Градации 1, 3, 5, 7 могут быть применены для промежуточных случаев.

В нашей стране многие врачи в практической работе используют три основных критерия для оценки степени тяжести акне. Это тип высыпных элементов, их количество и распространенность процесса (табл. 45) (Котова Н.В, Суворова К.Н., 2002).

Таблица 45

Критерии степени тяжести акне

Степень тяжести	Тип высыпных элементов	Количество	Распространенность
<i>Легкая</i>	Поверхностные	Небольшое количество папуло-пустулезных элементов	Ограниченная (чаще лицо)
<i>Умеренно тяжелая</i>	Поверхностные и индуративные	Небольшое количество индуративных или немногочисленные папуло-пустулезные элементы	Два и более топографических участка
<i>Тяжелая</i>	Поверхностные, индуративные, конглобатные и осложненные	Многочисленные папуло-пустулезные, индуративные и конглобатные элементы	Распространенные формы (2 и более топографических участка). Ограниченные формы с глубокими узлами (конглобатные)

11.5. Простой герпес

Одной из актуальных проблем, связанных с простым герпесом, является лечение заболевания, особенно профилактика обострений инфекции или так называемого рецидивирующего герпеса (РГ). Существует два приоритетных направления противорецидивной терапии — этиотропное и иммунное. Этиотропное лечение базируется на подавлении репликации вируса простого герпеса (ВПГ) за счет включения синтетического нуклеозида в геном вируса. Иммунное — на коррекции нарушений противовирусной защиты, ведущая роль которых при обострении инфекции доказана (Халдин А.А., 2000; Иванов О.Л. и соавт., 2002).

Комплексное изучение клинических особенностей простого герпеса (ПГ) и иммунного статуса больных позволили разработать методологический подход к дифференцированному выбору терапии заболевания. Установлено, что патогенез ПГ неоднороден и может иметь несколько иммунологических типов (табл. 46).

Метод выбора терапии простого герпеса. Метод выбора оптимального подхода к решению о терапевтическом вмешательстве имеет математическое выражение и строится на определении клинического

индекса терапевтической тактики (КИТТ) и клинико-иммунологического индекса этиопатогенетической терапии (КИИЭПТ) ПГ.

Таблица 46

Типы иммуногенеза простого герпеса

Тип иммуногенеза простого ПГ	Клиническое течение ПГ
I — транзиторные нарушения	Редко рецидивирующий ПГ (1–2 раза в год)
II-A — иммунодефицит с преобладанием Т-клеточного ответа (превалирование индукции ИЛ-6); II-B — иммунодефицит с преобладанием гуморального ответа (превалирование продукции ИЛ-4); II-B — выраженный иммунодефицит недифференцированного типа (снижение продукции всех иммунных медиаторов и количества иммунокомпетентных клеток)	Часто рецидивирующий ПГ (6 и более раз в год)
Сочетание типов иммуногенеза (I; II-A; II-B)	Умеренно рецидивирующий ПГ (3–4 раза в год)

КИТТ позволяет выбрать подход к ведению больного, как варианты выбора:

- ◆ купирование каждого конкретного рецидива;
- ◆ системная терапия с целью профилактики последующих обострений.

$$КИТТ ПГ = \frac{(a-1) \times (3a + 2d + e + 2z - 9,14)}{3,66a - 3,62},$$

a — значение по шкале рецидивов (табл. 47);

z — значение по шкале склонности к нарастанию частоты обострений (табл. 48);

d — значение по шкале их длительности (табл. 49);

e — значение по шкале продолжительности самого заболевания (табл. 50).

Таблица 47

Шкала частоты рецидивов ПГ

Частота рецидивов	1–2 раза в год	3–4 раза в год	Более 6 раз в год
Значение a	2	3	4

Таблица 48

Шкала склонности к нарастанию частоты рецидивов ПГ

Склонность к нарастанию частоты рецидивов	Нет	Есть
Значение z	1	2

Таблица 49

Шкала длительности рецидивов ПГ

Длительность рецидива	До 14 дней	Более 14 дней
Значение d	1	2

Таблица 50

Шкала общей длительности заболевания

Длительность заболевания	До 5 лет	Более 5 лет
Значение e	1	2

Получаемые значения КИТТ ПГ соответствуют адекватному объему лечения пациента (табл. 51).

Таблица 51

Соответствие значений КИТТ ПГ тактике ведения больных

Значение КИТТ ПГ	Тактика ведения пациента
0,5–1,3*	Купирование конкретного рецидива
1,6–1,9	Пограничная ситуация, требующая дополнительной оценки иммунного статуса и определения КИИЭПТ
От 2 и выше	Профилактика рецидивов (пролонгированная этиотропная или системная иммунная терапия в зависимости от значения КИИЭПТ)

* Если КИТТ ПГ указывает на транзиторный характер нарушений функционирования системы иммунитета (значения 0,5–1,3), любое вторжение в иммунную систему является противопоказанным, так как может привести к непрогнозируемым результатам.

Расчет клинико-иммунологического индекса этиопатогенетической терапии ПГ (КИИПЭПТ ПГ) проводится по формуле:

$$\text{КИИПЭПТ ПГ} = [\text{КИТТ} + \sqrt{i^2 + f^2}] \times (1 - t) + 1,$$

где

i — значение по шкале ИЛ-4 (табл. 52);

f — значение по шкале ИЛ-6 (табл. 53);

t — значение по шкале соотношения функциональной активности (CD-4+)/ (CD-8+) лимфоцитов (табл. 54).

Таблица 52

Шкала значений ИЛ-4

Уровень продукции ИЛ-4	< 1	< 1	= 1	> 1	> 2
Значение шкалы	-2	-1	0	1	2

Таблица 53

Шкала значений ИЛ-6

Уровень продукции ИЛ-6	< 1	< 1	= 1	> 1
Значение шкалы	-2	-1	0	1

Таблица 54

Шкала индекса соотношения функциональной активности (CD-4+)/(CD-8+) лимфоцитов

Значение индекса соотношения	< 1	> 1	= 1
Значение шкалы	-2	-1	0

Таблица 55

Соотношение показателей КИИЭПТ и направлений этиопатогенетической терапии

Значение КИИЭПТ ПГ	Направление терапии
5, 1 и 7, 8	Пролонгированная этиотропная химиотерапия (синтетические нуклеозиды)
1 и 2	Иммуномодулирующая терапия (индукторы интерферона)
4, 4	Иммуностимулирующая терапия (герпетическая вакцина)
8, 9	Иммунозаместительная терапия (интерферонсодержащие препараты)

Литература

1. *Адаскевич В.П.* Акне вульгарные и розовые. — М.: Медицинская книга; Н. Новгород: изд-во НГМА, 2003.
2. *Адаскевич В.П.* Диагностические индексы в дерматологии. — М.: Бином, 2014.
3. *Альбанова В.И.* Уменьшение потливости ног — важный шаг на пути к предотвращению микозов. Успехи медицинской микологии. — М.: Национальная академия микологии, 2005. — С. 176–180.
4. *Атопический дерматит у детей: Руководство для врачей / Под общ. ред. Н.Г. Короткого.* — М.: Триада, 2003.
5. *Васильева Н.В., Чилина Г.А., Богомолова Т.С.* Эффективность воздействия устройства для противогрибковой обработки // Проблемы медицинской микологии. — 2007. — № 9(2).
6. *Гольдштейн Л.М., Ткач В.Е.* Методы и методики обследования больных кожными и венерическими заболеваниями. — Киев: Здоров'я, 1987.
7. *Дифференциальная диагностика кожных болезней: Руководство для врачей / Под ред. Б.А. Беренбейна, А.А. Студницина.* — 2-е изд. — М.: Медицина, 1989.
8. *Иванов О.Л., Халдин А.А., Самгин М.А. и др.* Рациональный выбор терапии простого герпеса: Учебное пособие. — М., 2002. — 20 с.
9. *Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я.* Клиническая дерматология: редкие и атипичные дерматозы. — Ереван: Айастан, 1989.
10. *Картамышев А.И.* Кожные и венерические болезни. — М.: Медгиз, 1963.

11. *Кашкин П.Н., Шеклаков Н.Д.* Руководство по медицинской микологии. — М.: Медицина, 1978.
12. *Клинические рекомендации. Дерматовенерология* / Под ред. А.А. Кубановой. — М.: ДЭКС-Пресс, 2007.
13. *Ковалев В.М.* Угревая сыпь. — Киев: Здоров'я, 1991. — 145 с.
14. *Кожные и венерические болезни: Атлас* / Под ред. Н.М. Туранова, А.А. Студницина, Н.С. Смелова. — М.: Медицина, 1977.
15. *Кожные и венерические болезни: Руководство* / Под ред. Ю.К. Скрипкина. Т. 1. — М.: Медицина, 1995.
16. *Кожные и венерические болезни: Справочник* / Под ред. О.Л. Иванова. — М.: Медицина, 1977.
17. *Консенсус дерматологов стран СНГ по дерматитам и экземам (14 представителей — Россия, Белоруссия, Украина, Кыргызстан) // Приложение к журналу Consilium Medicum. Экстравыпуск.* — 2014. — 17 с.
18. *Короткий Н.Г.* Наружная терапия дерматозов. — Тверь: Губернская медицина, 2001.
19. *Котова Н.В., Суворова К.Н.* Юношеские акне. — Москва; Новосибирск: изд-во РМАПО, 2000. — 54 с.
20. *Кочергин Н.Г.* Опыт применения неорала при лечении атопического дерматита у детей // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. — 1998. — № 2. — С. 35–37.
21. *Кочергин Н.Г.* Основные аспекты патогенеза, клиники и современной терапии атопического дерматита: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2001. — 126 с.
22. *Кубанова А.А., Масюкова С.А., Саламова И.В.* Применение ретиноидов в дерматологии // Мастер симпозиум. — Казань, 1996. — С. 13–14.
23. *Малярчук А.П., Соколова Т.В., Лопатина Ю.В., Киселева А.В.* Противочесоточные препараты: Критерии выбора // Клиническая дерматология. — 2011. — № 2. — С. 53–59.
24. *Машкиллейсон Л.Н.* Частная дерматология. — М.: Медицина, 1965.
25. *Монахов С.А.* Новые возможности в местной терапии и профилактике микотических поражений кожи РМЖ. — 2005. — № 13(5). — С. 237–239.
26. *Пегано Д.* Лечение псориаза: естественный путь. — М.: Кудиц-Образ, 2001. — С. 255.
27. *Потекаев Н.С.* Сыпи и их морфологические элементы // Клиническая дерматология и венерология. — 2004. — № 4. — С. 6–14.

28. *Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем: Руководство для практикующих врачей* / Под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной. — М.: Литтерра, 2005.
29. *Розентул М.А.* Общая терапия кожных болезней. — М.: Медгиз, 1956.
30. *Разнатовский К.И., Родионов А.Н., Котрехова Л.П.* Дерматомикозы: Руководство для врачей. — СПб.: СПбМАПО, 2003. — 158 с.
31. *Руководство по кожным и венерическим* / Под ред. Ю.К. Скрипкина. Т. 1–4. — М.: Медицина, 1995.
32. *Самцов А.В., Барбинов В.В.* Кожные и венерические болезни. — СПб.: ЭЛБИ, 2002. — 313 с.
33. *Самцов А.В.* Новое средство профилактики микозов стоп у военнослужащих. Военно-медицинский журнал. 2007. — № 328(8). — С. 16–18.
34. *Сергеев А.Ю.* Грибковые заболевания ногтей. — М.: Медицина для всех; Национальная академия микологии, 2001. — 158 с.
35. *Сергеев А.Ю.* Грибковые заболевания ногтей. — 2-е изд. — М.: Национальная академия микологии, 2007. — 156 с.
36. *Сергеев А.Ю.* Индекс для клинической оценки онихомикоза и расчета продолжительности терапии системными антимикотиками. — М.: Внешторгиздат, 1999. — 31 с.
37. *Сергеев А.Ю.* Системная терапия онихомикозов: Пособие для врачей. — М.: Национальная академия микологии, 2000. — 25 с.
38. *Скрипкин Ю.К., Машкиллейсон А.Л., Шарпова Г.Я.* Кожные и венерические болезни. — М.: Медицина, 1995.
39. *Соколова Т.В., Григорян С.А.* Индекс оценки тяжести микробной экземы // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. — 2006. — № 1. — С. 88–89.
40. *Соколова Т.В., Григорьян С.А., Мокроносова М.А.* Особенности течения и ведения больных микробной экземой, ассоциированной с кандидозом кожи и слизистых оболочек // Рос. журн. кож. и венер. болезней. — 2007. — № 1. — С. 13–20.
41. *Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В.* Паразитарные дерматозы // В кн.: Дерматовенерология: Национальное руководство: Краткое издание / Под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 414–442.

42. Соколова Т.В., Малярчук А.П., Лопатина Ю.В., Рассказов Н.И. Паразитарные дерматозы // В кн.: Дерматовенерология: Национальное руководство: Краткое издание / Под ред. Ю.С. Бутова, Ю.К. Скрипкина, О.Л. Иванова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. — С. 224–265.
43. Степанова Ж.В. Микозы гладкой кожи. Лечащий врач. — 2002.
44. Стомтур В. Вульгарные угри (*Acne vulgaris*) — клинический образ и методы лечения // Новости медицины. — 1996. — № 4. — С. 92–95.
45. Халдин А.А. Иммунологическое обоснование дифференцированных подходов к терапии простого герпеса: Дис. ... докт. мед. наук. — М., 2000. — 197 с.
46. Finlay A.Y. Measures of the effect of adult severe atopic eczema on quality of life // JEADV. — 1996. — Vol. 7. — № 2. — P. 149–154.
47. Finlay A.Y., Kham G.K. Dermatology life quality index (DLQI).
48. A simple practical measure for routine clinical use // Clin. Exper. Dermatol. — 1994. — Vol. 19. — P. 210–216.
49. Ho V., Schacter D., Cloutier R. et al. Лечение акне в 90-е годы: современные рекомендации // The Canadian Journal of Diagnosis. Специальное приложение. — 1995, декабрь.
50. Stadler J.F., Taieb A., Athrton D.J. et al. Severity Scoring of Atopic Dermatitis: the SCORAD Index. Consensus report of the European task force Ftopic Dermatitis // Dermatology. — 1993. — Vol. 186. — P. 23–31.

Научное издание

Соколова Татьяна Вениаминовна
Гладько Виктор Владимирович
Сафонова Лариса Алексеевна

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Справочник для врачей

3-е издание, дополненное и переработанное

Главный редактор *А.С. Петров*

Макет подготовлен ООО «Медицинское информационное агентство»

Санитарно-эпидемиологическое заключение
№ 77.99.60.953.Д.000945.01.10 от 21.01.2010 г.
Подписано в печать 22.01.2016. Формат 60 × 90/16.
Бумага офсетная. Гарнитура Newton. Печать офсетная.
Объем 11 печ. л. Тираж 3000 экз. Заказ №

ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство»
119048, Москва, ул. Усачева, д. 62, стр. 1, оф. 6
Тел./факс: (499) 245-45-55
E-mail: miapubl@mail.ru; <http://www.medagency.ru>
Интернет-магазин: www.medkniga.ru

Книга почтой на Украине: а/я 4539, г. Винница, 21037
E-mail: maxbooks@svitonline.com
Телефоны: +380688347389, 8 (0432) 660510

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного электронного оригинал-макета
в типографии филиала ОАО «ТАТМЕДИА» «ПИК «Идел-Пресс».
420066, г. Казань, ул. Декабристов, 2

ISBN 978-5-9986-0254-2



9 785998 602542