

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	7
----------------	---

РАЗДЕЛ 1

Анатомо-физиологические особенности строения кожи, кожные высыпания, общие вопросы причин и патогенеза болезней кожи, роль медсестры в диагностике и уходе за пациентами с кожными и венерическими заболеваниями	9
Анатомо-физиологические особенности строения кожи	10
Причины кожных болезней	16
Принципы лечения кожных болезней	21

РАЗДЕЛ 2

Аллергические заболевания кожи	28
Дерматит	28
Токсикодермия	31
Экзема	34
Атопический дерматит	39
Нейродерматит	41
Крапивница	43
Детская почесуха	44
Кожный зуд	44

РАЗДЕЛ 3

Болезни кожи с мультифакториальной и аутоиммунной этиологией: красная волчанка, склеродермия, пузырчатка, псориаз, красный плоский лишай, болезни волос, сальных желез, новообразования кожи	46
Красная волчанка	46
Склеродермия	47
Пузырчатка	49
Герпетиформенный дерматит Дюринга	51
Красный плоский лишай.....	52
Псориаз	55
Себорея	59
Болезни волос	61
Новообразования кожи	63

РАЗДЕЛ 4

Гнойничковые заболевания кожи	68
Стафилококковые пиодермиты	69
Вульгарный сикоз	69
Акне	69
Остиофолликулит	71
Фолликулит	72
Сикоз	72
Фурункул	72
Карбункул	73
Стрептококковые пиодермиты	74
Импетиго	74
Заеда	74
Эктима	75
Хронические атипические пиодермиты	76

Паразитарные заболевания кожи.....	77
Педикулез	78
Головной педикулез	79
Платяной педикулез	80
Лобковый педикулез (фтириаз)	81
Демодекоз	83
Чесотка	85

РАЗДЕЛ 5

Грибковые заболевания кожи: отрубевидный лишай, опихомикоз, микроспория, трихофития, фавус, кандидозы	87
Микроспория	88
Трихофития	89
Фавус	95
Кандидоз (молочница)	97

РАЗДЕЛ 6

Вирусные заболевания кожи	103
Герпес опоясывающий	103
Герпес простой	105
Кондилома остроконечная	108
Кондилома гигантская Бушке—Левенштейна	109
Моллюск контагиозный	110
Бородавки	110
Туберкулез кожи	112

РАЗДЕЛ 7

Венерические заболевания	117
Трихомониаз	118
Хламидиоз	122

Микоплазмозы	124
Уреаплазмоз	126
Гарднереллез	129
Генитальный герпес	131
Гонорея	132
Донованоз	134
Сифилис	135

РАЗДЕЛ 8

Участие медсестры в лечении пациентов с кожными и венерическими заболеваниями	147
--	------------

РАЗДЕЛ 9

Формы применения основных фармакологических средств в дерматологии	154
---	------------

РАЗДЕЛ 10

Задания для самоконтроля	157
Задание 1. Задание в тестовой форме	157
Задание 2. Пропишите в домашней тетради рецепты.	161
Задание 3. Контрольные вопросы	164
Задание 4. Ситуационные задачи	166
Использованная литература:	169

ВВЕДЕНИЕ

Главной задачей внедрения ФГОС является подготовка высококвалифицированных специалистов среднего звена в области здравоохранения. Требования к содержанию профессиональных модулей специальности «Сестринское дело» определяют максимальное приближение к профессиональной деятельности медицинской сестры, ориентированы на потребности работодателя, в случае правильной разработки и успешной реализации могут обеспечить высокий уровень профессиональной подготовки будущих специалистов.

Данное учебно-методическое пособие написано в соответствии с ФГОС для специальности «Сестринское дело» по ПМ.02. Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе, МДК.02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях. Перед началом работы авторами было проведено анкетирование работодателей и учтены их пожелания.

С целью овладения видом профессиональной деятельности и соответствующими профессиональными компетенциями в ходе освоения профессионального модуля студент должен:

иметь практический опыт осуществления ухода за пациентами при различных заболеваниях и состояниях в дерматовенерологии;

уметь:

- готовить пациента к лечебно-диагностическим вмешательствам;
- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;
- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;
- осуществлять фармакотерапию по назначению врача-дерматолога;
- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

- осуществлять паллиативную помощь пациентам при онкологических заболеваниях;
- вести утвержденную медицинскую документацию;
- *определять состояние пациента;**
- *готовить необходимое оснащение для лечебно-диагностических манипуляций в дерматовенерологии;*
- *ассистировать врачу при выполнении лечебно-диагностических манипуляций;*

знать:

- причины, клинические проявления кожных заболеваний, возможные осложнения, методы диагностики проблем пациента, принципы организации и способы оказания сестринской помощи;
- принципы применения лекарственных средств в дерматовенерологии;
- правила использования аппаратуры, оборудования, изделий медицинского назначения;
- *набор необходимого медицинского оснащения для выполнения лечебно-диагностических манипуляций в дерматовенерологии.*

В основе современных образовательных стандартов лежит подготовка компетентного и конкурентоспособного специалиста, способного как эффективно работать в коллективе, так и принимать самостоятельные решения в нестандартных ситуациях, ориентирующегося в современных научных достижениях медицины, владеющего как традиционными методами сестринского ухода, так и инновационными технологиями с применением информационной техники.

Согласно требованиям ФГОС, содержание учебного материала может ежегодно корректироваться, в зависимости от требований работодателей.

*Выделенный курсивом материал ОУ могут вводить в состав ПМ.02 за счет часов вариативной части.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОЖИ, КОЖНЫЕ ВЫСЫПАНИЯ. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПРИЧИН И ПАТОГЕНЕЗА БОЛЕЗНЕЙ КОЖИ. РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ДИАГНОСТИКЕ И УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С КОЖНЫМИ И ВЕНЕРИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Дерматология — область клинической медицины, предметом изучения которой являются строение и функции кожного покрова, слизистых оболочек, волос и ногтей, а также заболевания кожи, их диагностика и лечение.

В дерматологии особое внимание уделяется восстановлению нормального, здорового состояния кожи, онкологическим заболеваниям, изучению процессов изменения и старения кожи, жировых тканей, волос и ногтей, а также разработке лекарственных препаратов, решению вопросов целесообразности хирургических вмешательств, в том числе пластической хирургии, иммунотерапии, фототерапии, лазерной терапии. Данная область медицины тесно связана с венерологией.

Венерология — область медицины, изучающая инфекции, передающиеся половым путем, или, иначе, венерические заболевания.

Современная дерматовенерология позволяет добиться хороших результатов в таких случаях, которые еще несколько лет назад казались неизлечимыми. Лечение кожных заболеваний классифицируется следующим образом: среди основных методик выделяются режим (уход за больной кожей, слизистой), диета,

медикаментозная терапия (общая и местная), физиотерапия, психотерапия (так как многие кожные заболевания спровоцированы различными психическими нарушениями), хирургическое лечение (в случае отсутствия эффекта от консервативных методов), курортотерапия (при хронических заболеваниях кожи). Как правило, лечение носит комплексный характер, с включением набора терапевтических мероприятий в зависимости от заболевания.

АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СТРОЕНИЯ КОЖИ

Кожа является очень сложным органом, выполняющим важные функции по поддержанию гомеостаза, защищает организм от повреждающего действия механических, физических, химических и инфекционных агентов; обладает способностью оперативно устранять возникшие повреждения при помощи процессов эпителизации. Кожа способствует сохранению постоянной температуры тела, выводит с потом вредные для организма вещества, препятствует их попаданию внутрь; осуществляет дыхательную функцию, поглощая кислород из воздуха и выделяя углекислый газ; в ней происходят сложные биохимические и биофизические процессы. Кожа является органом иммунологической защиты, огромное рецепторное поле кожи обеспечивает восприятие периферическим анализатором контакта с окружающей средой. Масса кожи составляет примерно 17% от массы тела, что делает ее самым крупным органом человеческого организма, значение и функциональные возможности которого пока еще недостаточно изучены и оценены. Общая поверхность кожи у взрослого человека равна примерно 1,5–1,8 м². Кожа человека состоит из трех основных слоев: эпидермис, дерма и подкожная клетчатка. Каждый из этих слоев содержит различные группы клеток.

Эпидермис представлен эпителием, в котором в зависимости от стадии дифференцировки эпителиальных клеток (*кератиноцитов*) различают следующие слои: базальный, или зародыше-

вый (*stratum germinativum*), слой шиповатых клеток (*stratum spinosum*), слой зернистых клеток (*stratum granulosum*), элеидиновый, или блестящий (*stratum lucidum*), и роговой (*stratum corneum*) [Фитцпатрик Д.Е., Элинг Д.Л., 1999]. Такое разделение на слои определяется тем, что в эпидермисе постоянно происходит несколько процессов: деление клеток в глубоком слое, в результате чего происходит выталкивание клеток к поверхности; превращение клеток, наиболее удаленных от дермы, в роговое вещество и слущивание рогового слоя с поверхности. Ростковый слой эпидермиса (мальпигиев слой, или мальпигиева сеть) включает в себя все слои, кроме рогового.

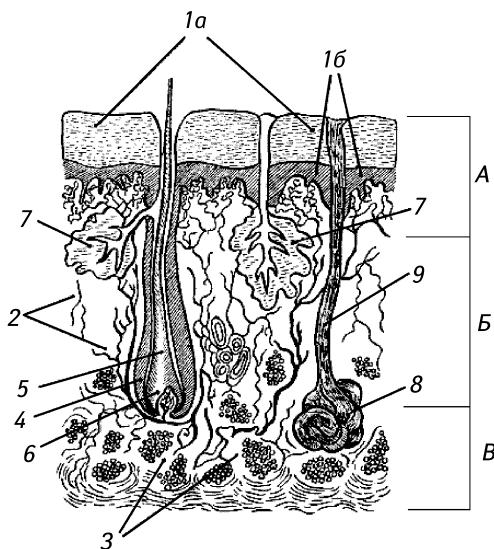


Рис. 1. Строение кожи:

А — эпидермис; Б — дерма (кориум); В — подкожная жировая ткань;

1а — поверхностные ороговевшие слои кожного эпителия;

1б — глубокие слои кожного эпителия; 2 — рыхлая соединительно-

тканная основа кожи; 3 — дольки жировой ткани; 4 — корневое

влагалище волоса (продолжение кожного эпителия); 5 — волос;

6 — луковицеобразное утолщение корня волоса; 7 — сальные

железы; 8 — потовая железа; 9 — выводной проток железы

Базальный слой представлен одним рядом цилиндрических клеток, располагающихся перпендикулярно поверхности кожи в виде частокола. Между базальными эпителиоцитами в межклеточных промежутках видны межклеточные мостики, или десмосомы. Базальный слой имеет неровную границу с дермой, т. е. выступы эпидермиса проникают между выступами собственно кожи (дермы). Это взаимопроникновение обеспечивает крепкое и в то же время эластичное соединение, создается единое функциональное целое. Благодаря такому соединению одновременно увеличивается и площадь для прохождения необходимых веществ из дермы в эпидермис.

В цитоплазме базальных эпителиоцитов, преимущественно вокруг ядра, располагаются гранулы меланина, от количества которых в основном зависит цвет кожи. Время прохождения клеток через эпидермис от базального слоя до зернистого в норме колеблется от 26 до 42 дней, а время прохождения через роговой слой составляет около 14 дней. Смена всего эпидермиса происходит в течение 59–65 дней.

Слой шиповатых клеток образован клетками многоугольной формы, а не цилиндрической, как в базальном слое. Их границы отделены друг от друга тонкими узкими пространствами, пересеченными тонкими отростками, имеющими вид шипов. Благодаря этому слой и получил свое название. Эти отростки, «мостики», выполняют функцию опоры, сохраняя достаточную дистанцию между клетками для проникновения питательных веществ и препаратов.

Зернистый, или поверхностный, слой может иметь различную толщину, которая зависит от толщины рогового слоя. В цитоплазме клеток находятся различной формы и величины кератогиалиновые гранулы. Число гранул варьирует в зависимости от толщины рогового слоя. Большое количество их — в эпидермисе ладоней и подошв.

Роговой слой отделен от зернистого мембраной (ее толщина до 20 нм), в которой к внутреннему слою клеточной мембраны прилежит уплотненная зона. Роговой слой построен из множества черепицеобразных чешуек и представляет собой самый верхний слой кожи и эпидермиса. В нормальных условиях за день отшелушивается 10–14 г тонких, не заметных глазу чешуек. Ро-

говое вещество состоит из нерастворимого белка — кератина, в который входят цистин, аргинин, лизин и гистидин. Роговые чешуйки окружены клеточной мембраной (толщина ее 10–15 нм), их контуры неровные, друг от друга чешуйки отделены промежутками шириной 20–30 нм. Кроме эпителиальных клеток, в эпидермисе имеются дендритные клетки: меланоциты, клетки Лангерганса, или внутриэпидермальные макрофаги.

Глубже дермы, между дермой кожи и прилежащими к ней частями тела, расположен слой жировой ткани. Он называется подкожной клетчаткой, или гиподермой. С анатомической точки зрения гиподерма — это расположенная под кожей поверхностная фасция, которая, как и кожа, покрывает все тело.

Подкожная клетчатка, содержащая жировую ткань, смягчает действие на кожу различных механических факторов. Поэтому она особенно хорошо развита в тех участках кожи, которые подвергаются сильным и частым механическим воздействиям, например, на подушечках пальцев, подошвах, ягодицах. Здесь подкожная клетчатка полностью сохраняется, даже при истощении. Степень отложения жира зависит также от пола, от типа телосложения, от упитанности. В частности, у женщин жировой слой, как правило, развит лучше, чем у мужчин. Гиподерма обеспечивает подвижность кожи по отношению к частям тела, которые она покрывает. Она предохраняет кожу от разрывов и повреждений при интенсивных деформирующих воздействиях.

Кожа имеет несколько производных структур (придатки кожи). Среди них: волосы, потовые железы, сальные железы, ногти, молочные железы.

Кожа человека имеет две разновидности: безволосая кожа и волосатая кожа. Волосы в разной степени покрывают почти всю поверхность кожи человека. В норме наибольшая плотность их распределения — на голове. Лишена волос только кожа ладоней, подошв, тыльной поверхности ногтевых фаланг пальцев рук и ног, красной каймы губ, сосков, малых половых губ, головки полового члена и внутреннего листка крайней плоти.

Различают три вида волос: длинные, щетинистые и пушковые. Длинные волосы растут на голове. Щетинистые волосы — это борода, усы, брови, ресницы, волосы в подмышечных впадинах и на лобке. Также они растут в наружном слуховом

проходе и в преддверии носовой полости. Пушковые волосы растут на остальных участках кожи.

В коже человека находятся три вида желез: молочные, потовые и сальные. Величина поверхности железистого эпителия потовых и сальных желез примерно в 600 раз превышает величину поверхности эпидермиса. Потовые железы участвуют в терморегуляции (около 20% теплоты отдается организмом путем испарения пота). Сальные железы участвуют в защите кожи от повреждений (жировая смазка предохраняет кожу от высыхания, а также от мацерации водой и влажным воздухом). Железы участвуют в выделении из организма некоторых ферментов и конечных продуктов метаболизма (мочевина, мочевая кислота, аммиак и др). Сальные железы — альвеолярные по строению железы. Они расположены в дерме по всему кожного покрова, за исключением ладоней и подошв. Особенно много их на лице, волосистой части головы, в области грудины и межлопаточной области.

Выводные протоки большинства сальных желез открываются в волосяной фолликул.

Часть сальных желез имеет выводные протоки, открывающиеся непосредственно на поверхности кожи.

Секрет сальных желез служит жировой смазкой для кожи, волос, придавая им мягкость и водоотталкивающие свойства. Кожное сало вместе с секретом потовых желез создают на поверхности кожи кислую среду (рН — 5,5), неблагоприятную для микроорганизмов.

Ногти являются производными эпидермиса. Они представляют собой роговые пластинки, лежащие на ногтевом ложе. Ногтевое ложе состоит из эпителия и соединительной ткани. Эпителий ногтевого ложа, подногтевая пластинка является ростковым слоем эпидермиса. Лежащая на ногтевом ложе ногтевая пластинка является его роговым слоем. Ногтевое ложе с боков и у основания ограничено кожными складками. Они называются задним и боковыми ногтевыми валиками. Ростковый слой эпидермиса ногтевых валиков переходит в эпителий ногтевого ложа. Роговой слой надвигается на ноготь сверху, образуя так называемую надногтевую пластинку, или надногтевую кожицу. Ногтевая (роговая) пластинка образована плотно прилегающими друг к

другу роговыми чешуйками, в которых содержится твердый кератин. Ногтевая пластинка имеет три части: корень, тело и край.

Апокринные потовые железы имеют альвеолярное строение, располагаются в подмышечных впадинах (до 16 желёз в каждой), в области сосков молочных желёз, крестца и промежности. Эти железы начинают функционировать в период полового созревания.

Молочные железы — парный орган, являющийся разновидностью апокринных желез кожи. Продукт секреции молочных желез — женское молоко.

Эккринные — простые трубчатые железы, тело которых представляет собой свернутую в клубочек трубочку с прямым выводным протоком. Эккринные потовые железы располагаются по всему кожному покрову. Особенно много их на ладонях и подошвах.

В коже имеется мышечная ткань: поперечно-полосатые мышцы в коже лица, обуславливающие мимику; гладкие мышцы грудного соска, сфинктера заднего прохода, крайней плоти и мышцы, поднимающие волос.

Кожа обильно снабжена нервами и представляет собой большое рецепторное поле.

Нервный аппарат кожи представлен нервными волокнами и нервными окончаниями. В коже имеются также нервные аппараты: клетки Меркеля, воспринимающие тактильную чувствительность, колбы Краузе, воспринимающие холод, тельца Мейснера, воспринимающие прикосновение, тельца Руффини, воспринимающие тепло, тельца Фатера—Пачини, воспринимающие чувство глубокого давления.

Основные функции кожи: защитная, терморегулирующая, рецепторная, секреторная, резорбционная, дыхательная и обменная.

Защитная функция кожи обеспечивается плотностью рогового слоя, плотностью и эластичностью сетчатого слоя, рыхлой и упругой подкожной жировой клетчаткой, наличием меланина, кислой реакцией на поверхности кожи, физиологическим шелушением, иммунологическими свойствами кожи (оказывает мощное воздействие на созревание Т-клеток).

ПРИЧИНЫ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

I. Внешние (экзогенные) факторы:

- 1) механические (трение, давление, растяжение);
- 2) физические (воздействие высоких и низких температур, лучистой энергии);
- 3) химические (кислоты, щелочи, химические вещества, применяемые в быту и на производстве, лекарственные, косметические средства);
- 4) биологические (вирусы, бактерии, грибы, простейшие, животные паразиты: вши, блохи, клопы, клещи).

II. Внутренние (эндогенные) факторы:

- 1) функциональные нарушения нервной системы;
- 2) эндокринные заболевания (гипофункция коры надпочечников);
- 3) нарушение углеводного (диатез, сахарный диабет) и липидного обмена;
- 4) авитаминозы и гиповитаминозы (витамины А, С, РР);
- 5) болезни органов пищеварения;
- 6) глистные инвазии;
- 7) болезни печени и почек (аутоинтоксикация);
- 8) болезни крови;
- 9) заболевания сосудов (васкулиты);
- 10) инфекционные болезни.

Определенное значение имеют генетические факторы, внутриутробные инфекции, интоксикации. Большое значение имеет аллергия.

Венерические заболевания — это болезни, которые передаются при различных формах половых контактов и являются следствием жизнедеятельности болезнетворных микроорганизмов в теле человека. Изучением этих заболеваний, их диагностикой и лечением занимается отрасль медицины, называемая венерологией.

Свое название эти патологии, известные человечеству с давних времен, получили в XIV веке благодаря французскому врачу Жану Фернелю, который окрестил их в честь богини любви Венеры. Однако позже, по причине открытия большого количе-

ства ранее неизвестных болезней, в 1974 году эксперты ВОЗ приняли новое название — заболевания, передаваемые половым путем. В настоящее время в их структуре принято разграничивать старые, или классические, венерические заболевания (гонорея, сифилис, донованоз, мягкий шанкр, венерическая лимфогранулема) и новые, или урогенитальные, венерические заболевания (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, трихомониаз, кандидоз, гарднереллез, цитомегаловирус, генитальный герпес, вирус папилломы человека, ВИЧ-инфекция).

Диагностика кожных заболеваний основана на тщательном осмотре и исследовании кожного покрова. При этом следует обращать внимание не только на патологически измененные, но и на непораженные на вид, нормальные участки кожи.

Большое значение имеет тщательно собранный анамнез. Собирая анамнез жизни, нужно обращать особое внимание на условия быта и характер работы пациента, что нередко позволяет установить роль внешних факторов, особенно профессиональных, в развитии кожного поражения.

Опрашивая пациента о заболевании, следует установить его давность, особенности развития, выяснить, с чем сам пациент его связывает.

Особого внимания заслуживают жалобы пациента на ощущение зуда, жжения, боли, покалывания, характерные для некоторых форм кожных заболеваний. Осмотр пациента следует производить в теплом, хорошо освещенном помещении, лучше всего при рассеянном свете.

Диагностика венерических заболеваний. Современная медицина обладает достаточно широкими диагностическими возможностями, которые позволяют в короткие сроки достоверно и эффективно выявлять возбудителей различных инфекций и своевременно назначать адекватную терапию. Среди методик, активно используемых на сегодняшний день, следует отметить такие, как:

- мазок на микрофлору;
- иммуноферментный анализ (ИФА);
- метод прямой иммунофлюоресценции (ПИФ);
- полимеразная цепная реакция (ПЦР), или ДНК-диагностика;

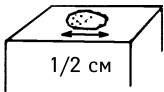

- бактериологический посев на питательные среды;
- выявление антител и антигенов к возбудителю.

Объективными признаками болезней кожи являются разнообразные морфологические элементы сыпи, представляющие собой клиническое отображение развивающихся в коже патологических процессов.

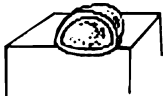


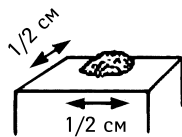
Морфологические элементы кожных сыпей (табл. 1) принято делить на первичные, т.е. возникающие на не измененной до того коже, и вторичные, образующиеся из первичных в процессе их дальнейшего развития.

Таблица 1

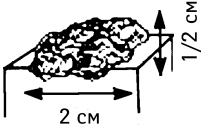



Морфологические элементы кожных высыпаний при инфекциях кожи

<p><i>Пятно (макула)</i> — ограниченное изменение окраски кожи без изменения ее рельефа и консистенции. В зависимости от вызвавшей их причины пятна подразделяются на сосудистые (гиперемические и геморрагические), пигментные (родимые пятна и веснушки) и искусственные (татуировки). Множественные гиперемические пятна небольшой величины (диаметром до 2 см) называют розеолой, крупные пятна — эритемой. Высыпания геморрагических пятен (независимо от их величины и формы) называют пурпурой</p>	
<p><i>Пузырь (булла)</i> — возвышающееся над поверхностью кожи ограниченное полостное образование, развивающееся в результате скопления жидкости в эпидермисе или под ним (величина может варьировать от размеров горошины до куриного яйца и более). После пузырей стойких следов на коже обычно не остается</p>	
<p><i>Пузырек (везикула)</i> — небольшое (величиной от просяного зерна до малой горошины), слегка</p>	



Продолжение табл. 1

<p>возвышающееся над уровнем кожи полушаровидное образование круглой формы, медово-желтого или слегка мутноватого цвета, содержащее полость, располагающуюся или под роговым слоем, или в толще шиповидного слоя эпителия. Пузырьки последовательно или подсыхают с образованием корочек, или вскрываются, образуя эрозию</p>	
<p><i>Гнойничок (пустула)</i> — ограниченное, слегка возвышающееся над уровнем кожи, полушаровидное зеленоватого или белого цвета полостное образование, выполненное гнойным экссудатом, состоящим из большого числа лейкоцитов и богатым альбуминами и глобулинами. Полость образуется в эпидермисе в результате некроза эпителиальных клеток чаще всего под воздействием продуктов жизнедеятельности, например стафилококков, являющихся наиболее частой причиной образования гнойничков; величина колеблется от размеров булавочной головки до горошины. Пустулы иногда возникают вторично из пузырьков или пузырей, прозрачное содержимое которых становится мутным и принимает зеленоватый цвет (чаще всего в результате вторичной кокковой инфекции)</p>	
<p><i>Абсцесс</i> — скопление гнойного экссудата в глубоких отделах дермы и подкожной клетчатки с образованием большей или меньшей величины ограниченной полости</p>	
<p><i>Узелок (папула)</i> — небольшое (от размеров просяного зерна до диаметра 3–5 мм) возвышающееся над уровнем кожи плотное образование, не содержащее полости. Папулы возникают или в результате скопления в верхних отделах дермы клеточного инфильтрата, или за счет чрезмерного разрастания тканей кожи: эпидермиса, соединительной ткани, гладких мышц.</p>	

Продолжение табл. 1

<p>В случаях, когда пустулы возникают вследствие образования в дерме воспалительного инфильтрата, они при своем разрешении не оставляют изменений на коже</p>	
<p><i>Узел</i> — крупное, величиной от лесного ореха до куриного яйца и более, шаровидное или овоидное, более или менее плотное образование, расположенное в подкожной клетчатке и глубоких слоях дермы. Узлы могут возникать в результате развития в коже воспалительного процесса</p>	
<p>Вторичные элементы</p>	
<p><i>Чешуйка</i> — отжившая роговая пластинка; отделение заметных для глаза чешуек обуславливает процесс шелушения.</p>	
<p><i>Эрозия</i> — поверхностное нарушение целостности эпителиального покрова кожи, возникающее или в результате вскрытия полостных образований (пузыря, пузырька, гнойничка), или вследствие нарушения питания эпидермиса, вызванного образованием в дерме клеточного инфильтрата, повреждающего кровеносные и лимфатические сосуды верхних отделов соединительной ткани</p>	
<p><i>Трещина</i> — надрыв кожи линейной формы, проникающий или только через эпидермис, или и через поверхностные слои дермы. Трещины возникают от растяжения кожи при сухости ее рогового слоя, а также при утрате эластичности кожи в результате длительной воспалительной инфильтрации</p>	
<p><i>Язва</i> — глубокий дефект кожи — дермы и подкожной клетчатки, образовавшийся в результате распада развившегося здесь первичного</p>	

Продолжение табл. 1

<p>патологического процесса (этим язвы отличаются от ран, при которых нарушение целостности всегда вызвано травматическим повреждением до того нормальных тканей; исключения представляют трофические язвы, образующиеся в результате первичного некроза нормальных тканей вследствие трофических расстройств). К образованию язв могут вести: гнойное воспаление кожи, пролиферативное воспаление, злокачественные новообразования</p>	
<p><i>Корка</i> образуется в результате засыхания на коже серозного экссудата, гноя, крови</p>	

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ КОЖНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Общее лечение включает весь арсенал лекарственных средств, методов, применяемых в терапии внутренних болезней.

1. Лекарственные средства, действующие на нервную систему:

- седативные (бромиды);
- транквилизаторы;
- антидепрессанты;

Также назначаются курсы психотерапии, лечения сном, гипноза.

2. Десенсибилизирующие средства:

- препараты кальция (хлорид кальция, глюконат кальция);
- сульфата натрия 30% раствор по 5–10 мл в/в.

3. Антигистаминные средства.

В патогенезе некоторых кожных заболеваний, преимущественно аллергических, играют большую роль гистамины и вещества гистаминоподобного действия. Основными проявлениями гистаминной реакции являются эритема и отек, обусловленные

расширением сосудов и повышением их проницаемости, а также появление резкого зуда. Эти симптомы снимаются антигистаминными препаратами, к которым относятся димедрол, дипразин, супрастин, диазолин, кетотифен, кларитин, зиртек.

4. Витамины играют значительную роль в терапии больных.

Витамин С: способен повышать сопротивляемость организма к инфекциям, регулировать окислительно-восстановительные процессы, оказывать детоксицирующее и десенсибилизирующее действие.

Витамины группы Р: нормализуют проницаемость стенок кровеносных сосудов и предупреждают их ломкость.

Витамин РР, помимо специфического этиотропного действия при пеллагроидных состояниях, оказывает разнообразное фармакологическое действие.

Витамины группы В:

В₁ (тиамин) — противоневротический витамин, оказывает обезболивающее действие и уменьшает зуд.

Витамин А (ретинол): оказывает нормализующее действие на состояние эпидермиса, в частности регулирует образование клеток рогового слоя.

5. Антибиотики.

При кожных заболеваниях инфекционной этиологии применяют антибиотики, в частности пенициллиновой группы.

6. Для повышения сопротивляемости организма применяют специфическую и неспецифическую иммунотерапию. К средствам специфической иммунотерапии относят вакцины и сыворотки (стафилококковая вакцина, стафилококковая сыворотка, гоновакцина).

К неспецифической иммунотерапии относятся: аутогемотерапия (введение собственной крови больного); биогенные стимуляторы (экстракт алоэ, плаценты, стекловидное тело, апилак); пирогенные средства (пирогенал); метилурацил; витамин С.

7. При лечении больных с различными заболеваниями кожи применяют слабительные, мочегонные средства, глюкозу, серу.

8. Широко применяют стероидные гормоны (преднизолон, гидрокортизон, триамцинолон), анаболические гормоны (неробол).

9. Для лечения применяют физиотерапевтические методы:

- электролечение;
- светолечение;
- водолечение;
- тепловые процедуры;
- криотерапию;
- курортное лечение.

10. Диетотерапия и другие по назначению врача.

Возникновение ряда заболеваний кожи может быть связано с нарушением обмена веществ, заболеваниями пищеварительных органов, пищевыми интоксикациями и т.д. Диета назначается по индивидуальным показаниям в зависимости от характера заболевания пищеварительных органов. При аллергических заболеваниях рекомендуется диета с ограничением углеводов, оказывающая гипоаллергическое действие. При острых воспалительных процессах эффективна бессолевая диета. При заболеваниях, сопровождающихся зудом, больным запрещается употребление в пищу консервов, копченостей и т.д.

Для местного лечения наиболее часто применяют следующие лекарственные формы: растворы, пудры (присыпки), взбалтываемые взвеси, пасты, кремы, мази, пластыри, лаки, аэрозоли.

Выбор лекарственной формы определяется характером воспалительного процесса и глубиной поражения. При острых и подострых воспалительных процессах применяют поверхностно действующие лекарственные формы: растворы, аэрозоли, пудры, взбалтываемые взвеси.

При хронических воспалительных процессах применяют лекарственные формы, оказывающие более глубокое действие: мази, пластыри, лаки.

Растворы. Водные растворы антисептиков (фурацилина, риванола, сульфата цинка, нитрата серебра, резорцина) применяют в холодном виде для примочек и влажно-высыхающих повязок. Растворы оказывают антибактериальное, противозудное, вяжущее, противовоспалительное действие. Применяют растворы при островоспалительных заболеваниях кожи с явлениями