

**Морфологические элементы  
Принципы лечения  
дерматозов**

# Первичные элементы

- Пятно (macula) - изменение цвета кожи или слизистой оболочки на ограниченном участке. Различают сосудистые, пигментные и искусственные пятна. Последние возникают в результате попадания красящих веществ в кожу извне, например, при татуировке.

- Сосудистые пятна имеют различные оттенки красного цвета. Их возникновение связано со стойким или нестойким расширением сосудов (гиперемические); избыточным образованием сосудов или выходом крови из сосудов (геморрагические). Пятна, возникающие вследствие нестойкого расширения сосудов, отражают воспалительную или рефлекторную сосудистую реакцию; при диаскопии они исчезают. Пятна, возникающие вследствие стойкого расширения сосудов (телеангиэктазии) или их избыточного образования (сосудистые пороки развития, ангиомы), при диаскопии исчезают частично. Пятна, обусловленные расширением артериальных сосудов, имеют розовый или ярко-красный цвет, а венозных - темно-красный, синюшный. Пятна диаметром до 2 см называют розеолами, величиной с ладонь и больше - эритемами.

- Пятна, возникающие вследствие выхода крови из сосудов путем диапедеза или после разрыва стенки сосуда, окрашены в пурпурный цвет, при диаскопии они не исчезают. Последовательно окраска геморрагических пятен меняется на коричневый через зеленый и желтый. Геморрагические пятна величиной до 1 см в диаметре называются петехиями, пятна большей величины - экхимозами; обширные кровоподтеки - суггеляциями; полосовидные - вибицес; заболевания и синдромы, характеризующиеся высыпаниями геморрагических пятен, независимо от размеров и формы последних, называют пурпурой





- Пигментные пятна возникают вследствие изменения количества пигмента в коже, чаще всего меланина. От количества и распределения меланина зависит цвет кожи основных человеческих рас: черный, желтый, белый. Цвет кожи, обусловленный генетически, называется конституциональной пигментацией. Под действием ультрафиолетовых лучей количество меланина увеличивается - возникает индуцированная пигментация (загар). Избыточное накопление меланина приводит к развитию гиперпигментированных пятен (меланоз). Эти пигментные пятна бывают меланоцитарными, обусловленными повышением количества меланина за счет возрастания числа меланоцитов (лентиго), и меланиновыми, возникающими при избыточной продукции меланина без увеличения числа самих меланоцитов (хлоазма). При полном исчезновении или отсутствии от рождения пигмента меланина возникают депигментированные пятна (витилиго). Они могут быть обусловлены полным или частичным отсутствием меланоцитов или угнетением их функционального состояния. Гипопигментированные пятна называют лейкодермой.

- Пятна от отложения в коже красящих веществ могут быть эндогенными, например, оранжевые пятна от отложения каротина, или экзогенными, образующимися при введении в кожу красящих веществ.

- Волдырь (urtica) - бесполое плотноватое возвышение кожи красного или бледно-розового цвета с гладкой поверхностью. Возникновение волдырей всегда связано с ощущением зуда и жжения. Волдырь имеет округлую или неправильную форму. В основе развития волдыря лежит ограниченный отек сосочкового слоя дермы в результате остро возникающего расширения капилляров и увеличения проницаемости их стенок. Особенно характерно для волдыря его внезапное, почти мгновенное возникновение, кратковременное (несколько минут или часов) существование и быстрое бесследное исчезновение.





- Пузырь (bulla) - полостное однокамерное возвышение эпидермиса, заполненное прозрачной или геморрагической жидкостью, различной формы и величины. В зависимости от уровня локализации полости пузыря различают интраэпидермальные (субкорнеальные, супрабазальные) и субэпидермальные пузыри. Полость пузыря возникает лишь при условии предварительного повреждения клеток эпидермиса, нарушения связей между ними или между эпидермисом и дермой. Причины этих повреждений могут быть внешними и внутренними. К внешним относятся трение, высокая и низкая температура, сильные концентрации кислот и щелочей, бактериальные инфекции. Внутренними причинами являются изменения в десмосомах эпидермоцитов (акантолиз) или в зоне эпидермо-дермального соединения



- Пузырек (*vesicula*) - полостное возвышение эпидермиса, имеющее размеры не более горошины, наполненное серозной жидкостью. Полость пузырьков всегда расположена интраэпидермально. Возникновению пузырька предшествует повреждение клеток эпидермиса и нарушение связей между ними. Причины этих повреждений могут быть внешними (внедрение в кожу микробов, грибов, вирусов) или внутренними (например, при истинной экземе). Морфологической основой пузырьков являются внутри- или внеклеточный отек эпидермиса, баллонизирующая дистрофия, очаговый токсический некробиоз эпидермоцитов.



- Гнойничок (pustula) - полостное полушаровидное возвышение кожи размером не более горошины, содержащее гной. Чаще всего гнойничок формируется в устье волосяного фолликула (остеофолликулит), реже - субэпидермально. Образованию пустулы предшествует повреждение эпидермальных клеток продуктами жизнедеятельности гноеродных микробов

- Скопление гноя в глубине кожи или подкожной клетчатке называют абсцессом. Иногда пустулы (гнойнички) возникают вторично из пузырей или пузырьков (пустулизация).



- Узелок, папула (papula) - бесполое возвышение кожи различной плотности и размеров. Морфологической основой папулы может быть воспалительная или опухолевая пролиферация эпидермиса, хроническое воспаление или пролиферация опухолевых клеток в дерме, гиперплазия любого структурного элемента дермы, отложение в ней продуктов обмена. Воспалительные папулы окрашены в различные оттенки красного цвета и разрешаются без следа. По форме папулы бывают плоскими (эпидермальными и эпидермодермальными), полушаровидными (дермальными) и остроконечными (фолликулярными). По размерам папулы разделяют на милиарные (до 2 мм в диаметре), лентикулярные (до 5-7 мм) и нуммулярные (2-3 см и более). Папулы размером более 5 см в диаметре называют бляшками.

- Бугорок (tuberculum) - бесполое воспалительное образование, возвышающееся над уровнем кожи или лежащее в ее толще, величиной от просыаного зерна до горошины. Консистенция бугорков мягкая или плотная, цвет - от буровато-красного до синюшно-красного. Морфологической основой бугорка является инфекционная гранулема, локализуемая в дерме. После разрешения бугорка всегда остается рубец или рубцовая атрофия.



- Узел (nodus) - крупное, с лесной орех или куриное яйцо и больше, бесполостное различной плотности возвышение воспалительной и невоспалительной природы, иногда располагающееся в толще кожи, не возвышаясь. Морфологической основой узла может быть острое и неспецифическое хроническое воспаление, инфекционная гранулема и доброкачественные и злокачественные опухоли подкожной жировой клетчатки. Узлы воспалительной природы окрашены в красный цвет. Узлы, обусловленные острым воспалением, имеют нерезкие контуры, пастозную консистенцию и быстро разрешаются; узлы, возникающие вследствие хронического воспаления или опухолевого роста, отличаются плотностью, хорошей очерченностью и медленным разрешением. Узлы, являющиеся следствием специфического воспаления (инфекционная гранулема) или злокачественного опухолевого процесса, могут распадаться.



# Вторичные морфологические элементы кожной сыпи

- Вторичное пятно может быть гиперпигментированным, что чаще обусловлено отложением гемосидерина и реже - меланина, и лейкодермическим, вследствие уменьшения количества меланина из-за временного нарушения функции меланоцитов, оказавшихся в зоне воспалительного процесса.

- Чешуйка (squama) - конгломерат чешуек рогового слоя эпидермиса. В нормальных условиях размеры этих конгломератов настолько малы, что их отторжение незаметно для невооруженного глаза (физиологическое шелушение). Интенсивность десквамации у молодых людей за год, без волос и ногтей - 115 г/м<sup>2</sup>. При многих заболеваниях кожи в процесс вовлекается эпидермис и рогообразование нарушается, формируются довольно крупные чешуйки, их отторжение становится видимым и называется патологическим шелушением, то есть шелушение представляет собой клиническое отображение нарушения процесса кератинизации эпидермиса. В зависимости от размеров и вида отторгающихся чешуек различают отрубевидный, крупно- и мелкопластинчатый или эксфолиативный типы шелушения.



- Эрозия (erosio) - дефект кожи в пределах эпидермиса, возникающий в результате вскрытия внутриэпидермальных полостей либо вследствие нарушения питания эпидермиса из-за патологического процесса в дерме (сифилитическая эрозия). Поверхность эрозии розовая или красная, влажная. Эрозия на месте полостного образования имеет бахромку отслаивающегося рогового слоя. Эрозия, образовавшаяся в результате нарушения питания из-за патологического процесса в дерме, располагается на инфильтрате. Слившиеся эрозии имеют полициклические очертания.



- Экскориация (excoriatio) - результат механической травмы кожи при ее расчесывании. Экскориации имеют линейную форму, форму запятой или треугольника. Клинически - это либо белые полосы взрыхленного эпидермиса, либо "пунктиры" из кровяных корок, либо сплошные кровянистые корки. Если экскориирован какой-либо элемент, то очертания, а иногда и размеры, экскориации соответствуют площади этого элемента.

- Трещина (rhagada, fissura) - надрыв кожи линейной формы и различной глубины. Возникает при растяжении кожи, утратившей эластичность и прочность из-за того, что она находится в состоянии либо кератоза (обычно в области ладоней и подошв), либо мацерации (в складках тела), либо инфильтрации (в области очагов хронического воспаления, либо при пересушивании кожи). Трещины болезненны, легко кровоточат.

- Корка (crusta) - сохшийся экссудат. По цвету корок можно судить о характере экссудата: серозный экссудат сохнет в корки медово-желтого цвета, гнойный - зеленовато-серого, геморрагический - черновато-бурого. Определенное значение имеет толщина корок, их консистенция и форма.

- Язва (ulcus) - дефект дермы или более глубоких тканей. Возникает вследствие распада патологически измененных тканей при гнойно-некротическом воспалении, инфекционной гранулеме, злокачественных опухолях.

Диагностическое значение имеют края язвы, представляющие собой остатки патологического процесса, приведшего к распаду кожи; дно и характер отделяемого, дающие представление о том, как произошел распад (гнойное расплавление или некроз тканей). Определенное значение имеет форма язвы (блюдцеобразная, кратерообразная, серпегинирующая и т. п.).

- Рубец (cicatrix) - новообразованная соединительная ткань на месте поврежденной дермы или более глубоких тканей.
- Рисунок кожи в области рубца отсутствует, его цвет розовый или белый. Рубец может располагаться на уровне кожи, выстоять над ней (гипертрофический) или быть ниже уровня кожи (атрофический). Если рубцевание происходит без предварительного разрушения кожи, то подобное состояние называется рубцовой атрофией.

- Лихенификация (lichenizatio, син. лихенизация) характеризуется утолщением, уплотнением кожи за счет папулезной инфильтрации, усилением кожного рисунка. Кожа в пределах очагов лихенификации напоминает шагреневую. Подобные изменения нередко формируются при упорных зудящих дерматозах, проявляющихся папулезными эффоресценциями (атопический дерматит, нейродермит, хроническая экзема).



- Вегетация (vegetatio) характеризуется разрастанием сосочкового слоя дермы, имеет ворсинчатый вид, напоминающий цветную капусту или петушиные гребешки. Вегетации нередко возникают на дне эрозивно-язвенных дефектов (влажные вегетации) при вегетирующей пузырьчатке, на поверхности первичных папулезных высыпаний (сухие вегетации) при остроконечных кондиломах.

# ПРИНЦИПЫ ДИАГНОСТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ КОЖИ

- Сбор анамнеза – первый этап в установлении диагноза. Это неотъемлемая часть врачебного искусства, которая определяется прежде всего личностью врача. Он основывается на выяснении продолжительности заболевания, остроты его начала, локализации, распространенности процесса, симптомов заболевания, семейного анамнеза, профессии, предыдущего лечения.

- Целью сбора анамнеза также является выяснение этиологических факторов, способствующих возникновению дерматоза. Следует учитывать как экзогенные факторы (механические, физические, химические, инфекционные агенты и др.), так и эндогенные факторы (эндокринные нарушения, нарушения обмена веществ, гипо- и авитаминозы, интоксикации организма, обусловленные нарушением функции отдельных органов и систем, сосудистые нарушения, общие инфекционные заболевания, наследственные факторы), а также возможность комплексного влияния экзогенных и эндогенных факторов. Например, хронические дерматозы, сопровождающиеся гранулематозными морфологическими проявлениями (вульгарная волчанка, лепра и т. д.; развиваются и персистируют много лет. Кожные заболевания, вызванные экзогенными факторами: инфекционными (бактерии, вирусы), физико-химическими (солнечный, химический ожоги) или аллергическими реакциями (дерматит, токсидермия), обычно имеют острое течение.

- По традиции анамнез начинают собирать до проведения общего осмотра. Такой предварительный анамнез включает:
  1. Основные жалобы больного; уточнить их помогут вопросы типа: «В чем состоит кожная проблема?», а также вопросы о начале, развитии, симптомах заболевания и его лечении.

- 2. Анамнез настоящего заболевания в форме стандартного медицинского анамнеза, при сборе которого следует коснуться вопросов о начале болезни (впервые или нет?), развитии болезни (рецидивирующее или постоянное течение), продолжительности кожных изменений (в течение недель, месяцев, лет). Например, дискоидная красная волчанка протекает хронически на протяжении многих месяцев или лет, а клинически сходный с ней солнечный дерматит лица после прекращения контакта с солнечными лучами проходит в течение нескольких дней. Следует выяснить связь кожного заболевания со временем года, теплом, холодом, предшествующим лечением, приемом препаратов.

- При сборе анамнеза заболевания выявляют некоторые важные для установления диагноза субъективные симптомы; зуд, жжение, боль, парестезии и т. д. В этой связи больному следует задать вопрос: «Беспокоит ли вас заболевание?». Чаще всего кожных больных беспокоит зуд. При этом следует учитывать, что некоторые дерматозы (в том числе высыпания при сифилисе) никогда не чешутся. С другой стороны, иногда по следам зуда на коже удастся установить тип зуда. Так, зуд при патомимии (невротический зуд) и узловатой чесотке сопровождается глубокими эксфолиациями (биопсирующий зуд), а при педикулезе, других эпизоонозах и экземе – поверхностными линейными или точечными расчесами. желтухи (даже без повышения билирубина), хронической почечной недостаточности (азотемии), заболеваний крови (лейкоза и др.).

- Необходимо также выяснить, сопровождается заболевание общими явлениями или нет. В частности, острое заболевание – многоформная экссудативная эритема – сопровождается головной болью, ознобом, жаром, слабостью, тогда как хроническое заболевание кожи – грибовидный микоз – слабостью, недомоганием, отсутствием аппетита, снижением массы тела. Если зуд не сопровождается каким-либо дерматозом, следует выяснить, нет ли у больного нарушения обмена веществ (сахарного диабета, подагры, ожирения), желтухи (даже без повышения билирубина), хронической почечной недостаточности (азотемии), заболеваний крови (лейкоза и др.). Необходимо также выяснить, сопровождается заболевание общими явлениями или нет. В частности, острое заболевание – многоформная экссудативная эритема – сопровождается головной болью, ознобом, жаром, слабостью, тогда как хроническое заболевание кожи – грибовидный микоз – слабостью, недомоганием, отсутствием аппетита, снижением массы тела.

- Важной составной частью процесса диагностики является выяснение анамнеза жизни. При его сборе следует стремиться к выявлению вероятных этиологических факторов, включая алкоголь, лекарственные вещества, условия профессиональной деятельности, быта, выяснение семейного анамнеза. При сборе анамнеза жизни важна информация о перенесенных заболеваниях.

- Кожные сыпи нередко связаны с побочным действием лекарственных средств (токсидермия, крапивница, синдром Лайелла и др.), применяемых по поводу сопутствующих заболеваний. В связи с этим следует летально остановиться на наличии у больного аллергических реакций на лекарственные препараты в прошлом. Системно применяемые лекарственные препараты могут вызывать симметричные и распространенные поражения (скарлатиноформную, многоформную или уртикарную сыпь).
- Нередко кожные заболевания являются проявлением внутренней патологии. Так, сахарный диабет может быть причиной кандидоза кожи, а злокачественные новообразования внутренних органов – метастазов в кожу. Кожные поражения могут развиваться одновременно с поражениями внутренних органов (красная волчанка, склеродермия).

- За сбором анамнеза следует физическое исследование. Его важнейшая специальная часть – осмотр кожных покровов. Для адекватного осмотра кожи следует:
  - 1) полностью раздеть больного, осмотреть весь кожный покров, включая придатки кожи (волосы и ногти), а также область половых органов и слизистой оболочки рта. Начав осмотр с пораженного участка кожи:
  - 2) производить осмотр следует при рассеянном дневном свете: полезно применение дополнительного источника света бокового освещения (для определения, возвышается ли элемент кожной сыпи) и лупы (для обнаружения чесоточных ходов, сетки Уэкхема и других симптомов).

# Принципы местной терапии дерматозов

Местное лечение предусматривает использование присыпок, примочек, болтушек, аэрозолей, мазей, паст, масла, компрессов, пластырей, лечебного мыла и др.

- Запомним важное правило - нельзя насильно удалять чешуйки, корки, остатки лекарств. Участки поражения обильно смачивают при помощи ваты вазелиновым или растительным маслом (оливковым, персиковым, льняным, кукурузным, подсолнечным и др.), либо накладывают масляную повязку. После этого все размокшие лишние наслоения легко и безболезненно удаляют с очага дерматоза. Гнойное отделяемое эрозий и язв удаляют с помощью 3 % раствора перекиси водорода. Кожу вокруг очага протирают 1 - 2 % салициловым или камфорным спиртом или 40 - 70 % этиловым спиртом (кожу ребенка - 30 % раствором). При этом пользуются пинцетами, кривыми ножницами, ватными тампонами.

- Примочки
- Это прекрасное средство для уменьшения мокнутия и отека, ослабляющее жжение и зуд. Для примочек используют растворы 0,9 % хлорида натрия, 1 - 2 % резорцина, 0,25 % азотнокислого серебра, свинцовую воду, 2 - 3 % борной кислоты, фурациллина, риванола, 0,25-0,5 % хлоргексидина, отвары и настои трав, чая.

- Принципы проведения процедуры: маленькую порцию холодного раствора наливают в посуду для смачивания ткани (или с добавлением льда во время процедуры). Ткань лучше использовать полотняную или льняную в 4-6 слоев, а не марлю. В холодный лекарственный раствор для примочки погружаем соответствующим образом сложенную ткань (несколько слоев). Для примочек на лицо можно в приготовленной ткани вырезать отверстия для рта и глаз. После намочения ткани ее достаточно сильно отжимают, но без захвата обеими ладонями (не нагревать!). Прикладывают мокрую холодную отжатую ткань на места кожных поражений, слегка прижимая ее за края пальцами, и держат столько времени, пока пациент чувствует прохладу мокрой ткани - до ощущения тепла! Когда это ощущение появилось (1 - 2 мин или 10 - 15 мин - индивидуальные различия обусловлены многими факторами), снова смачивают ткань (в свежей, взятой из холодильника части раствора), отжимают, прикладывают до ощущения тепла - и так повторяют в течение 20 - 30 мин (иногда в течение 1 - 2 ч). Всю процедуру повторяют 2 - 4 и более

- Как вариант примочек применяют влажновысыхающие повязки: в этом случае 8 - 12 слоев марли смачивают назначенным данному пациенту раствором и покрывают участок поражения на коже, фиксируют, через 2 - 3 ч повязку меняют. Следует помнить, что иногда назначают и гипертонические растворы для примочек и влажновысыхающих повязок.

- Взбалтываемые смеси
- Взбалтываемые смеси или "болтушки" разделяют на водные, водно-спиртовые и масляные. Состав "болтушки": около 30 % твердых, порошкообразных веществ (оксид цинка, крахмал, тальк, белая глина, а также осажденная сера, деготь, нафталан, ихтиол и др.) и примерно 70 % водной или масляной основы (вода, спирт, глицерин, вазелиновое или растительные масла). Необходимо показать пациенту, как встряхивающими движениями нужно тщательно смешать 2 слоя "болтушки", а именно осадок и надосадочную жидкость, и только потом наносить на кожу (ватным тампоном или палочкой с ватой). Жидкость быстро испаряется на воздухе, а на коже остается тонкий слой порошка. Такую обработку можно проводить 2 - 3 раза в сутки, водно-спиртовыми смесями - не более 3 - 5 дней, так как они могут вызвать чрезмерную сухость кожи.

- Пасты
- В своей основе пасты содержат равные количества твердых веществ (порошок оксида цинка, талька и др.) и жировых (ланолин, вазелин, рыбий жир, оливковое масло и др.), а также различные лекарственные вещества (сера, ихтиол, деготь, нафталан, резорцин, АСД, борная кислота). Паста обладает противовоспалительным, высушивающим, кератолитическим (способствующим размягчению и отторжению наружного слоя эпидермиса) действием.
- Пасты применяют как без повязок, так и под 2 - 3 тура бинта. Пасту наносят 1 - 2 раза в сутки шпателем и легкими движениями размазывают полосками по очагу поражения. При этом нельзя забывать, что пасту не смывают водой, а снимают ватным тампоном, смоченным любым растительным маслом.

- Масла
- Применяют не только для очистки очагов и в составе болтушек и паст, но и самостоятельно, местно - оливковое, персиковое, лавандовое масло, масло чайного дерева, масло жожоба и др., а также в виде ингаляций, ванн, аппликаций. Апробированный десятилетиями метод в практике терапии дерматозов - применение цинкового масла (20 % оксида цинка в растительном масле) с добавлением различных лекарственных средств.

- Присыпки и пудры
- Используют для уменьшения зуда, для дезинфекции, т. е. в тех случаях, когда нужно впитать жир, пот, и для охлаждения кожи. Применяют порошковые формы индифферентных веществ (оксид цинка, тальк, крахмал, белая глина), дезинфицирующих (хсероформ, дерматол), антибактериальных (стрептоцид, левомицетин) и других веществ (резорцин, сера, бура, нафталан, ментол, анестезин и др.).

- Мазь
- Наиболее часто в местном лечении дерматозов используются мази. Мазь состоит из жировой основы (вазелин, ланолин, масло растительное, очищенное свиное сало, рыбий жир и др.) и лекарств (сера, деготь, резорцин, ихтиол, салициловая кислота, цитостатики, кортикостероиды, антибиотики, сульфаниламиды, димексид, интерферон, змеиный яд, прополис и др.). В зависимости от ингредиентов, мазь оказывает противозудное, отшелушивающее, бактерицидное, рассасывающее, противовоспалительное действие. Способы наложения мазей обязательно соответствуют кожному заболеванию: по назначению врача, при одних дерматозах мазь наносят без повязки, не втирая, при других - мазь втирают. Применяют также мазевые повязки. Правильно наложенная повязка с мазью прекращает доступ воздуха и усиливает действие лекарственных средств в очаге поражения (повышается местная температура, разрыхляются поверхностные слои эпидермиса, расширяются сосуды кожи).

- Мыла лечебные
- Мыла бывают: дегтярное, глицериновое, серное, резорциновое, серно-салициловое и др.

- Десенсибилизирующая терапия
- Витаминотерапия
- Антибиотикотерапия
- Антигистаминная терапия
- Физиолечение
- СКЛ

