

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Участники издания	5
Список сокращений и условных обозначений	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина	9
Тактика врача-дерматовенеролога при оказании медицинской помощи по поводу заболевания.	11
Абсцесс кожи. Фурункул. Карбункул	11
Акне.....	18
Атопический дерматит	26
Вирусные бородавки	46
Гнездная алопеция.....	52
Гонококковая инфекция	59
Контактный дерматит	71
Крапивница.....	81
Красный плоский лишай @+	92
Локализованная склеродермия	92
Микозы кистей, стоп и туловища	103
Микроспория	116
Опоясывающий герпес	126
Остроконечные кондиломы (аногенитальные бородавки)	132
Пиодермия.....	139
Простой герпес у взрослых.....	150
Псориаз	161
Розацеа.....	183
Розовый лишай Жибера	192
Себорейный дерматит	197
Сифилис @+	206
Трихомониаз @+	206
Урогенитальный кандидоз.....	207
Чесотка.....	217
Экзема	224
Список литературы	239

ПРЕДИСЛОВИЕ

Настоящее практическое руководство из серии «Тактика врача» предназначено для врачей амбулаторно-поликлинического звена и освещает актуальные вопросы дерматовенерологии.

Цель данной серии — помочь врачам первичного звена за короткое время найти оптимальное решение в любых ситуациях, придерживаясь подходов, приведенных в национальных клинических рекомендациях.

Во второе издание книги вошли наиболее часто встречающиеся болезни. Материал изложен в соответствии с единой структурой: определение, классификации с примерами формулировок диагноза, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика. Особенно важным является указание для каждой болезни ориентировочных сроков временной нетрудоспособности и критериев выздоровления. В электронных приложениях авторы предложили уточняющий материал, при помощи которого врач может получать дополнительную информацию, отражающую ключевые утверждения современных рекомендаций.

Практическое руководство создано большим коллективом авторов, которые стремились понятным для врачей языком изложить и последовательность лечебно-диагностических мероприятий и обосновать их оптимальный объем. Формат и дизайн руководства позволили хорошо структурировать материал, ключевые вопросы диагностики и лечения представлены в виде таблиц и схем. Особенностью книги является раздел формирования приверженности пациентов к профилактике и лечению заболеваний, который содержит специальные речевые модули и инфографику.

Мы надеемся, что книга станет удобным инструментом для врачей-дерматовенерологов. В свою очередь авторы с благодарностью примут предложения по улучшению практического руководства и критические замечания.

Доктор медицинских наук,
профессор *Н.Н. Потеев*

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (guidelines) — документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется классом рекомендаций с указанием уровня доказательности, который отражает качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которых основана такая рекомендация.

Классы рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражают следующую позицию авторов: «Согласно представленным доказательствам, при данном заболевании это делать нужно/можно/нельзя».

- Класс I («рекомендуется»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода в указанной ситуации благоприятно, полезно и эффективно.
- Класс IIa («следует рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, однако преобладают аргументы в пользу применения метода.
- Класс IIb («можно рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, при этом аргументы в пользу применения метода недостаточно хорошо обоснованы.
- Класс III («не рекомендуется»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может навредить пациенту.

Уровень доказанности отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

- Уровень A. Доказательства основаны на данных нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализов, что снижает вероятность методологических ошибок исследования.
- Уровень B. Доказательства основаны на данных единственного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных исследований.
- Уровень C. Доказательства основаны на согласованных мнениях авторитетов (консенсус) и/или небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, регистрах.

В рекомендациях российских профессиональных ассоциаций может использоваться другая схема ранжирования: по уровню достоверности (от 1 до 4) и по уровню убедительности (от A до D). Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1A.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственности за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале — Evidence Based Medicine) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых — выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

ТАКТИКА ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА ПРИ ОКАЗАНИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПОВОДУ ЗАБОЛЕВАНИЯ

АБСЦЕСС КОЖИ. ФУРУНКУЛ. КАРБУНКУЛ

Абсцесс — отграниченное скопление гноя в тканях, обусловленное попаданием патогенных микроорганизмов или инородных тел и сопровождающееся некрозом.

Фурункул — острое гнойное воспаление волосяного фолликула и окружающих его тканей.

Карбункул возникает в результате слияния нескольких фурункулов с образованием зоны разлитого воспаления мягких тканей.



Фурункул (источник: Поткаев Н.Н., Акимов В.Г. Дифференциальная диагностика и лечение кожных болезней. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. 456 с.)

Коды по Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)	Классификация
L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица. L02.1 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул шеи. L02.2 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул туловища. L02.3 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул ягодицы. L02.4 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул конечности. L02.8 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул других локализаций. L02.9 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул неуточненной локализации	Абсцесс локализуется на любом участке кожи в месте колотых ран. Фурункул — осложнение стафилококкового фолликулита. Плотный болезненный узел диаметром 1–2 см с некротическим стержнем. Под некротическим стержнем формируется абсцесс, появляется флюктуация. После разрыва пустулы и отхождения некротического стержня остается узел с полостью внутри. Окружен зоной воспаления мягких тканей. Карбункул образован несколькими слившимися между собой фурункулами. Множественные многокамерные абсцессы, расположенные в дерме и подкожной клетчатке, поверхностные пустулы, некротические стержни, из которых выделяется гной

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

L02.0 Абсцесс кожи, фурункул и карбункул лица.



ДИАГНОСТИКА

Критерий диагностики	Комментарий
1. Оценка клинических и физикальных данных	
1.1. Наиболее частая локализация	Участки кожи, на которых растут волосы: подбородок, верхняя губа, затылок, задняя поверхность шеи, подмышечные впадины, ягодицы.
1.2. Характеристика высыпаний	Приуроченность к волосному фолликулу. Чрезвычайно болезненный воспаленный узел, в центре которого виден некротический стержень. Гнойное воспаление волосного фолликула, распространяющееся на глубокие слои дермы и подкожную клетчатку. Болезненность различной степени выраженности. На фоне эритемы отчетливо заметно скопление гноя
2. Анамнез	
Этиологические факторы	Фолликулит, фурункул и карбункул представляют собой последовательные стадии стафилококковой инфекции. Эти заболевания возникают у носителей <i>Staphylococcus aureus</i>
3. Лабораторная и инструментальная диагностика	
Дополнительные исследования	Микроскопия мазка, окрашенного по Граму. Грамположительные кокки свободные или в цитоплазме нейтрофилов. Посев. Посев гноя позволяет высеять <i>Staphylococcus aureus</i> и определить чувствительность возбудителя к антибиотикам. Определение чувствительности возбудителя к антибиотикам. Позволяет выявить штаммы <i>Staphylococcus aureus</i> , устойчивые к метициллину, чтобы вовремя изменить схему лечения

Критерий диагностики	Комментарий
4. Основные принципы лечения	
4.1. Хирургическое лечение	Для лечения абсцессов, фурункулов и карбункулов прибегают к вскрытию и дренированию. Обычно для излечения необходимо вскрытие, дренирование полости и антибиотикотерапия. Антибиотики лишь ускоряют лечение. Абсолютное показание к назначению антибиотиков — риск bacteriemии
4.2. Антибиотики	
4.3. Течение и прогноз	Фурункулез иногда осложняется bacterиемией и обсеменением клапанов сердца, суставов, позвоночника, длинных трубчатых костей, внутренних органов (особенно почек). С венозной кровью стафилококки могут попасть в пещеристый синус и стать причиной тромбоза пещеристого синуса и менингита. Больные сахарным диабетом особенно предрасположены к рецидивирующему фурункулезу

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

7–14 дней в зависимости от тяжести заболевания.

КРИТЕРИИ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ

Эпителизация раневого дефекта при заживлении полостей вскрытия.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Разрыв эпидермальной или волосяной кисты, гидраденит (промежность, подмышечные впадины), хронический язвенный герпес.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показания для госпитализации (плановой, неотложной и экстренной)	Ориентировочные действия врача
При локализации на коже лица — госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии	Вызов скорой медицинской помощи для неотложной госпитализации
Тяжелое и/или осложненное течение заболевания	



РЕАБИЛИТАЦИЯ

Не проводится.



ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Не проводится.

ПРОФИЛАКТИКА

Для профилактики и лечения фолликулита, фурункулов и карбункулов следует устранить носительство *Staphylococcus aureus*.



ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Препарат выбора	Особенности применения
1. Лечение фурункула (стандартная схема терапии)	
Цефалексин 	Взрослым по 250–500 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней; детям 25–50 мг/кг в сутки каждые 6 ч в течение 10 дней
2. Лечение фурункула (осложненного)	
Эритромицин (эритромицина этилсукцинат) 	Взрослым 1–2 г в сутки внутрь каждые 6 ч в течение 10 дней; детям 40 мг/кг в сутки внутрь каждые 6 ч в течение 10 дней
Кларитромицин 	По 250–500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней
Азитромицин 	По 250 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 5–7 дней
Клиндамицин 	Взрослым по 150–300 мг внутрь 4 раза в сутки в течение 10 дней; детям 15 мг/кг в сутки каждые 6 ч в течение 10 дней
3. Штаммы <i>Staphylococcus aureus</i>, устойчивые к метициллину	
Миноциклин 	По 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней

Препарат выбора	Особенности применения
Сульфаметоксазол + триметоприм 	Внутрь по 160–800 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней. Доза для детей до 12 лет — 80–400 мг 2 раза в сутки
Ципрофлоксацин 	По 500 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 7 дней
Рифампицин 	600 мг/сут внутрь в течение 7–10 дней для устранения носительства <i>Staphylococcus aureus</i>

Препараты продолжают принимать до тех пор, пока все фурункулы полностью не заживут, после чего переходят на поддерживающее лечение (прием антибиотика 1 раз в сутки в течение многих месяцев).

АРГАКОЛ® — это биodeградируемый гидрогель с композицией антимикробных веществ, который образует на поверхности раны эластичную воздухопроницаемую пленку, способствуя уменьшению воспаления и заживлению раны.

Обладает высокой бактерицидной активностью в отношении основных возбудителей раневой инфекции *in vitro*, что связано с наличием в его составе антисептиков с различными механизмами действия. Применение АРГАКОЛА® в эксперименте *in vivo* и в клинических условиях стимулирует процесс ранозаживления на фоне выраженного гемостатического и антимикробного эффекта.

Перед применением геля следует выполнить посев раневого отделяемого и тканей на микрофлору с выделением чистой культуры и определением чувствительности к АРГАКОЛУ®. К настоящему времени не обнаружено резистентных штаммов микроорганизмов, однако, если в вашей клинической практике такие штаммы выявили, просим сообщать производителю.

Для обработки ран гель можно применять как открытым способом, так и с наложением повязок, как на свежие раны, так и на предварительно обработанные. В случае появления экссудата перед повторным нанесением геля необходимо промыть рану раствором антисептика и осушить.

На правах рекламы



РЕКОМЕНДАЦИИ ПО КОРРЕКЦИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ В ПЕРИОД ЗАБОЛЕВАНИЯ

- Исключение контакта с причинно-значимыми аллергенами (элиминационные меры).

- Исключение контакта с неспецифическими раздражителями (табачный дым, выхлопные газы и др.) и факторами профессиональной вредности.
- Соблюдение безаллергенной диеты с учетом спектра сенсibilизации.
- Наличие письменного плана лечения.
- Обучение и тренинг в аллергошколах.
- У лиц с атопией — исключение контакта с аллергенами и факторами, которые потенциально могут стать сенсibilизирующими (домашние животные, растения, фитотерапия, неблагоприятные бытовые и производственные условия и др.).

Не рекомендованы:

- использование продуктов растительного происхождения, гомеопатии, косметики с растительными компонентами при пылевой сенсibilизации;
- длительное и бесконтрольное использование деконгестантов;
- самолечение;
- хирургическое лечение в сезон пыления причинно-значимых растений.



ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ТЕРАПИИ

Приверженность терапии — соответствие поведения пациента рекомендациям врача, включая прием препаратов, диету и/или изменение образа жизни.

ПРОГНОЗ

- При адекватной терапии и профилактике, как правило, благоприятный.

КАЧЕСТВО ТЕРАПИИ

- Терапия соответствует национальным клиническим рекомендациям по лечению инфекций кожи и подкожной клетчатки.
- Несоблюдение врачебных назначений затягивает сроки выздоровления и повышает вероятность осложнений в виде развития флегмоны мягких тканей.

ЦЕЛЬ ТЕРАПИИ — КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ

- Своевременное и адекватное лечение инфекции мягких тканей, раннее хирургическое вмешательство способствуют уменьшению риска осложнений.
- Эффективность антибиотикотерапии зависит от правильно выбранного препарата и использования дезинфицирующего средства.

ПРИМЕНЯЕМЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

- Все назначенные лекарственные препараты разрешены к медицинскому применению в Российской Федерации.
- При назначении врач учитывает эффективность препарата и возможные побочные эффекты, в данном случае потенциальная польза лечения превышает вероятность развития побочных эффектов.
- Необходимо соблюдать правила приема лекарственных препаратов.
- Нельзя допускать самолечения.



- Развернутые речевые модули формирования приверженности терапии.