

Б.И. Зудин, Н.Г. Кочергин, А.Б. Зудин

КОЖНЫЕ И ВЕНЕРИЧЕСКИЕ БОЛЕЗНИ

**УЧЕБНИК
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГОУ ВПО «Московская медицинская академия
имени И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов
учреждений среднего профессионального образования,
обучающихся по специальностям
060501.51 и 060501.52 «Сестринское дело»
по дисциплине «Сестринское дело в дерматовенерологии»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

БОЛЕЗНИ КОЖИ НЕИНФЕКЦИОННОЙ ПРИРОДЫ

В эту группу заболеваний кожи включены дерматозы, этиология и патогенез которых окончательно не выяснены. В настоящее время они интенсивно изучаются, большинство из них признаны полиэтиологическими со сложным патогенезом. По мере раскрытия природы дерматозов неясной этиологии эта группа заболеваний будет уменьшаться. Так, красную волчанку и пузырчатку сегодня окончательно признали аутоиммунными заболеваниями.

Аутоиммунные заболевания возникают в результате «замешательства» иммунной системы организма, которая начинает расценивать некоторые белки организма как чужеродные и атакует собственные клетки и ткани.

КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА

При данном системном заболевании поражаются суставы, серозные оболочки, кожа, внутренние органы и ЦНС. В развитии красной волчанки ведущую роль играют аутоиммунные патологические реакции, т.е. появляются антитела к антигенам собственных тканей (коллагену) организма. Для развития аутоаллергического процесса определенное пусковое значение имеют бактериальные и вирусные инфекции. В некоторых случаях лекарственные препараты (антибиотики, сульфаниламиды, вакцины, сыворотки) при дли-

тельном приеме запускают или выявляют скрыто протекающую аутосенсibilизацию.

Выделяют кожную красную волчанку с преимущественным поражением кожи и слизистых относительно доброкачественного течения и тяжелую системную красную волчанку с поражением внутренних органов и систем. Первая форма может сочетаться со второй.

Кожная форма начинается с покраснения, на фоне которого довольно быстро развивается гиперкератоз, и затем в центре поражения кожа атрофируется. Соскабливание чешуек затруднено и вызывает болевые ощущения. Очаги поражения при красной волчанке обычно локализуются на открытых участках: на носу, щеках, ушных раковинах, кистях. Высыпания представ-



Рис. 12. Дискоидная красная волчанка

лены одним или несколькими очагами, склонными к периферическому росту. В них отмечаются гиперемия, гиперкератоз и атрофия. Иногда высыпание на лице, захватывая нос и щеки, имеет форму бабочки (рис. 12). Нередко красная волчанка изолированно возникает на красной кайме губ. Описанная картина характерна для *дискоидной хронической красной волчанки*.

Реже встречается *диссеминированная красная волчанка*. Очаги поражения, локализуясь не только на лице, но и на волосистой части головы, верхней половине туловища, плечевом поясе, имеют те же клинические признаки, что и при дискоидной красной волчанке, но обычно их много и они меньших размеров.

При сочетании с системной красной волчанкой могут наблюдаться нарушения общего состояния больного. На коже видны распространенные эритематозные пятна, изредка — пузыри, волдыри. Появляются отеки и геморрагии. Очень часто развиваются артриты и поражения внутренних органов — почек (волчаночный нефрит), сердца (эндокардит, миокардит, перикардит), печени, легких. Отмечаются повышение СОЭ, альбуминурия, лейкопения, тромбоцитопения, гипергаммаглобулинемия. В крови обнаруживаются клетки красной волчанки — LE-клетки. Такие больные являются кандидатами для стационара ревматологического профиля.

Лечение. Терапия зависит от формы и тяжести заболевания. Ведущий метод лечения — длительное применение системных нестероидных противовоспалительных препаратов (делагил, хлоро-

хин, плаквенил). Хороший эффект достигается при смазывании очагов поражения кортикостероидными наружными препаратами сильного класса активности (флуцинар, целестодерм, дипросалик, элоком С и др.). В тяжелых случаях лечение больных красной волчанкой необходимо проводить в стационарных условиях. В профилактических целях рекомендуют избегать ультрафиолетового облучения кожи и при необходимости применять фотозащитные кремы с высоким фактором защиты. Лица, страдающие красной волчанкой, должны состоять на диспансерном учете.

СКЛЕРОДЕРМИЯ

Склеродермия — аутоиммунное заболевание, характеризующееся воспалительными, сосудистыми и соединительнотканными изменениями кожи и внутренних органов. Встречается она во всех возрастных группах.

Предполагают, что большую роль в патогенезе заболевания играют инфекционно-аллергические механизмы. Кроме того, известно, что нейроэндокринные расстройства также изменяют состояние кровеносных сосудов и, следовательно, нарушают межклеточный обмен и способствуют склерозированию соединительной ткани. Иногда склеродермия развивается после травмы, переохлаждения, вакцинации, переливания крови, приема некоторых лекарственных препаратов. Несомненно, что и генетически предрасполагающие факторы имеют фоновое значение.

В зависимости от распространенности процесса на коже, изменений в других органах и системах выделяют *очаговую (ограниченную)* и *генерализованную (диффузную) склеродермию*. Замечено, что очаговая склеродермия иногда бывает начальным проявлением генерализованной формы заболевания.

Очаговая склеродермия протекает относительно доброкачественно. В развитии болезни различают 3 стадии: 1) отек; 2) уплотнение и склерозирование; 3) атрофия и пигментация. Очаговая склеродермия имеет несколько разновидностей (бляшечная, линейная, мелкоочаговая, атрофодермия и др.) — рис. 13.

Наиболее часто встречается бляшечная склеродермия. В этих случаях кожные очаги локализуются чаще на коже туловища, реже — на конечностях. Вначале появляется фиолетово-красное пятно, которое постепенно уплотняется и увеличивается. Субъективные ощущения, как правило, отсутствуют, вследствие чего эта стадия болезни оказывается незамеченной. Постепенно центральная часть очага поражения приобретает желтовато-белую окраску с восковидным блеском и сглаженным кожным рисунком, стано-

вится плотной. Надавливание пальцем не оставляет ямки. Волосы в очаге поражения не растут, уменьшаются сало- и потоотделение. По периферии очага поражения сохраняется лилово-розовая отечная каемка. В дальнейшем фиолетовое кольцо исчезает, уплотненный участок становится мягче и может западать. На месте высыпаний остаются гиперпигментация и атрофия.

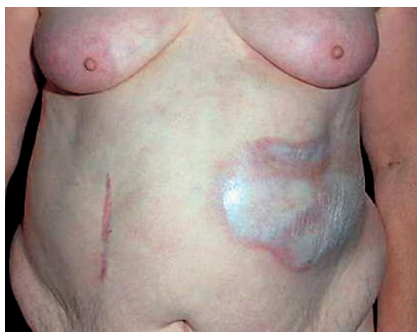


Рис. 13. Очаговая склеродермия

Генерализованная склеродермия (системный склероз) чаще начинается на конечностях в виде акросклероза (склеродактилия), постепенно распространяясь на другие участки тела. Начальные симптомы акросклероза (похолодание пальцев, уменьшение чувствительности, синюшный цвет кожи и др.) через многие месяцы сменяются плотным отеком и склерозированием кожи. Она становится плотной, как дерево, гладкой, блестящей, неподвижной. На пораженной коже могут возникать трофические язвы. Постепенно в процесс вовлекается кожа лица, которое приобретает маскообразный вид. Ротовое отверстие суживается, нос в хрящевой части истончается, принимая клювовидную форму. Нередко в процесс вовлекаются и внутренние органы. Течение диффузной склеродермии характеризуется прогрессирующим ухудшением общего состояния больного.

Лечение. Больным склеродермией проводят комплексную терапию в зависимости от выраженности симптомов. Следует ликвидировать очаги хронической инфекции, которые способствуют сенсибилизации организма. Для этого целесообразно назначение антибиотиков группы пенициллина, который оказывает еще и гиалуронидазоподобное и иммуносупрессивное действие. Эффективны препараты гиалуронидазы (лидаза, ронидаза, стекловидное тело). Используют витамины и препараты, способные расширять периферические сосуды (компламин, никотиновая кислота). Отмечен благоприятный эффект от назначения АТФ, гипербарической оксигенации. В тяжелых случаях прогрессирования применяют иммуносупрессивные препараты. В стадии уплотнения назначают физиотерапевтические процедуры: ультразвук, массаж, ванны, фонофорез гидрокортизона, парафиновые аппликации, грязелечение, а также лечебную гимнастику и т.д. Дети, страдающие склеродермией, должны находиться под диспансерным наблюдением педиатра, дерматолога, ревматолога и невропатолога.

ПУЗЫРНЫЕ ДЕРМАТОЗЫ

В эту группу входят хронические заболевания кожи, основным морфологическим элементом которых является пузырь. В последние годы установлено, что *пузырчатку* и *герпетиформный дерматит* следует рассматривать как аутоиммунные (аутоагрессивные) заболевания. При пузырчатке в организме обнаруживаются циркулирующие антитела класса IgG, имеющие сродство к межклеточному веществу шиповатого слоя эпидермиса. При герпетиформном дерматите установлено отложение антител класса IgA в базальной мембране пораженной кожи.

Пузырчатка

Это заболевание встречается у лиц обоего пола, чаще — старше 40 лет. Дети болеют очень редко. Заболевание протекает тяжело. На невоспаленной коже и слизистых оболочках образуются пузыри, быстро распространяющиеся по всему кожному покрову. Формирование пузырей связано с акантолизом — растворением межклеточной цементирующей субстанции эпителия. Это приводит к расширению межклеточных пространств и нарушению связей между клетками. Клинически данный патогистологический феномен выявляется путем легкого трения пальцем непораженной кожи, вследствие чего вблизи пузырей происходит отслойка поверхностных слоев эпителия с образованием эрозии (симптом Никольского). В целях лабораторного подтверждения диагноза исследуют поверхностный слой клеток путем мазков-отпечатков со дна эрозий, где обнаруживаются патологические шиповатые клетки, получившие название акантолитических. Без адекватного лечения пузырчатка в 80% случаев заканчивается летальным исходом.

Различают 4 основные формы заболевания: вульгарную, вегетирующую, листовидную и себорейную пузырчатку.

Вульгарная пузырчатка. На внешне неизменной коже или слизистых оболочках появляются напряженные пузыри величиной с горошину, лесной орех, больше с прозрачным, постепенно мутнеющим содержимым. Пузыри вскрываются, образуя ярко-красные эрозии, или подсыхают, превращаясь в корку (рис. 14–15). После эпителизации на месте высыпаний остается стойкая пигментация. Общее состояние больных тяжелое, они страдают бессонницей, нередко повышается температура тела, ухудшается аппетит.

Вегетирующая пузырчатка. В полости рта, на губах, в подмышечных ямках, паховых складках, на наружных половых органах образуются быстро вскрывающиеся пузыри. На дне эрозии возникают легко кровоточащие разрастания (вегетации) высотой до 1–2 см.



Рис. 14. Вульгарная пузырчатка



Рис. 15. Вульгарная пузырчатка. Поражение слизистой оболочки полости рта

В стадии регресса экссудат ссыхается в мощные рыхлые корки, которые причиняют мучительную боль.

Листовидная пузырчатка. На лице и туловище внезапно появляются вялые, мягкие пузыри в виде сгруппированных очагов. Пузыри легко разрушаются, экссудат ссыхается в пластинчатые тонкие корочки, похожие на слоеное тесто. Очень быстро пато-