

**Н.Г. Кочергин**

---

# **СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ В ДЕРМАТОЛОГИИ И ВЕНЕРОЛОГИИ**

**УЧЕБНИК  
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ**

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» в качестве учебника для студентов образовательных организаций среднего профессионального образования, обучающихся по направлению подготовки 34.02.01 (060500) «Сестринское дело» по ПМ.02 «Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах», МДК.02.01 «Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях» по дисциплине «Кожные и венерические болезни»



**Москва**  
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
**2020**

# ОГЛАВЛЕНИЕ

|                                                            |    |
|------------------------------------------------------------|----|
| Список сокращений и условных обозначений . . . . .         | 4  |
| Предисловие . . . . .                                      | 5  |
| Глава 1. Основы диагностики болезней кожи . . . . .        | 6  |
| Принципы лечения больных с кожными заболеваниями . . . . . | 16 |
| Общее лечение . . . . .                                    | 16 |
| Наружное лечение . . . . .                                 | 18 |
| Глава 2. Пиодермии . . . . .                               | 29 |
| Глава 3. Аллергические болезни кожи . . . . .              | 35 |
| Аллергические дерматиты . . . . .                          | 36 |
| Токсидермии . . . . .                                      | 37 |
| Экзема . . . . .                                           | 39 |
| Атопический дерматит . . . . .                             | 41 |
| Крапивница . . . . .                                       | 43 |
| Глава 4. Псориаз (чешуйчатый лишай) . . . . .              | 46 |
| Глава 5. Микозы кожи . . . . .                             | 49 |
| Глава 6. Паразитарные болезни . . . . .                    | 58 |
| Чесотка . . . . .                                          | 58 |
| Педикулез (вшивость) . . . . .                             | 64 |
| Глава 7. Вирусные дерматозы . . . . .                      | 66 |
| Глава 8. Инфекции, передаваемые половым путем . . . . .    | 72 |
| Сифилис . . . . .                                          | 72 |
| Гонорея . . . . .                                          | 78 |
| Дополнительная литература . . . . .                        | 84 |

**Пиодермии** (гнойничковые заболевания кожи) — обширная группа поражений кожного покрова, вызываемых гноеродными кокками (пиококками), чаще всего стафилококков и стрептококков, и клинически выражающихся высыпаниями, преимущественно пустулезного характера.

Гнойничковые болезни кожи — самые распространенные дерматозы, с которыми приходится иметь дело среднему медицинскому персоналу. Пиодермиты возникают или первично на непораженной коже, или вторично, присоединяясь как осложнение к различным ее заболеваниям, особенно сопровождающимся зудом и мокнутием (экзема, чесотка и др.).

**Пиодермиты** широко распространены среди населения, часто связаны с условиями труда и быта. Нередко они служат причиной временной нетрудоспособности. Гнойный процесс часто бывает очень длительным и рецидивирующим. Некоторые пиодермиты заразны для окружающих, и заболевание может принять характер эпидемии, что нередко отмечается в детских коллективах (школы, ясли и пр.).

В возникновении пиодермитов, помимо инфекционного агента, большую роль играет ряд провоцирующих факторов, способствующих проникновению пиококков в кожу. Наиболее важны внешние факторы: 1) травма кожи (даже мельчайшая) и

2) недостаточная личная гигиена. Гноеродные микробы (стафилококки и стрептококки), находясь в большом количестве на коже человека, при нарушении ее целостности легко проникают в дерму. Кроме того, развитию заболевания способствует снижение иммунитета.

Клиническая картина, течение и лечение пиодермитов зависят от типа возбудителя, глубины проникновения его в кожу, тропизма к определенным ее структурам, например к фолликулу, потовой железе и др., от локализации процесса на том или ином участке кожного покрова и от индивидуальных свойств как самой кожи, так и всего организма. В соответствии с этим принято различать:

- стафилококковые пиодермиты:
  - поверхностные (остиофолликулит, фолликулит, сикоз, перипориты, пузырчатка новорожденных);
  - глубокие (фурункул, карбункул, гидраденит, псевдофурункулез детей), захватывающие дерму и подкожную основу;
- стрептококковые пиодермиты:
  - поверхностные (стрептококковое импетиго);
  - глубокие (эктима);
- хронические («атипические») пиодермиты.

При **стафилодермиях** основной элемент кожных высыпаний — пустула, при глубоких пиодермитах им может быть и узел. Высыпания локализуются в области волосяных фолликулов, апокринных и сальных желез. После разрешения процесса в случаях глубоких пиодермитов остаются рубцы.

**Остиофолликулит** (поверхностный гнойничек) вызывается стафилококком, чаще золотистым. Развитию заболевания способствуют нечистоплотность, загрязнение кожи пылью, избыточная потливость, применение согревающих компрессов и пр. Вначале возникает гнойничок полушаровидной формы диаметром от 1 до 5 мм и более, наполненный густым желтым гноем. В центре гнойничка торчит волос. Через 5–7 дней содержимое гнойничка засыхает в корочку, после отпадения которой следов не остается.

Воспалительный процесс локализуется в эпидермисе в области воронки волосяного мешочка, по нему инфекция может распространяться и вызвать более глубокое поражение (фолликулит, фурункул).

В качестве лечебной процедуры следует проколоть гнойничок иглой, собрать гной ваткой, смоченной спиртом, смазать 1% спиртовым раствором анилиновых красителей. Повязка не нужна.

**Фолликулит** служит дальнейшим развитием остиофолликулита или возникает первично в виде слегка болезненного ярко-красного плотноватого на ощупь конусовидного узелка, возникающего у корня волоса, через несколько дней в центре его появляется небольшой гнойничок, засыхающий в корочку, после отпадения которой обычно никаких следов не остается.

При фолликулите целесообразно также смазать его чистым ихтаммолем и накрыть сверху тонким слоем ваты; ихтаммол вскоре высыхает и прочно приклеивает вату. Такую ихтиоловую лепешку меняют 1 раз в день до полного рассасывания уплотнения. На волосистых участках кожи предварительно срезают волосы ножницами. Мыть пораженные места водой не рекомендуется, окружающую кожу протирают 1 раз в день (при смене наклейки) спиртовым раствором.

Медицинские сестры должны знать, что применение ихтаммола эффективно лишь при правильной методике использования этого препарата.

**Фурункул** обычно начинается как из остиофолликулита или фолликулита, при дальнейшем развитии которых возникает плотный болезненный конусовидный узел ярко-красного цвета, в центре которого через несколько дней появляется размягчение, затем он вскрывается с выделением большего или меньшего количества гноя, образуя воронкообразную язву с желтовато-зеленоватым стержнем омертвевшей ткани на ее дне. В течение нескольких дней некротический стержень отделяется, язва очищается, быстро уменьшаются воспаление, отек, припухлость и болезненность; заживает фурункул всегда с образованием рубца.

При лечении одиночного фурункула иногда достаточно одной наружной терапии в виде ихтиоловых наклеек (лепешек), прекращения мытья пораженных мест, применения физиотерапевтических методов (УВЧ, сухое тепло, ультразвук). Однако локализация даже одного фурункула на лице и, в частности, в области носогубного треугольника, носа и на губах («опасная локализация») (см. цв. рис. 2 на вклейке), требует госпитализации больного, полного покоя для мимических мышц (нельзя разговаривать, есть можно только жидкую пищу) и проведения общей терапии. При локализации фурункула на лице и при общем фурункулезе обязательно применяют антибиотики широкого спектра действия (желательно с подбором путем антибиограммы). Необходимы тщательное обследование больного и назначение, исходя из результатов этого обследования, коррекционных мероприятий.

Местное лечение чистым ихтаммолом следует проводить только до вскрытия фурункула. После вскрытия для отсасывания гноя накладывают несколько слоев марли, смоченной гипертоническим раствором натрия хлорида. После удаления некротического стержня и гноя из вскрывшегося фурункула назначают антибактериальные средства и мази, способствующие грануляции (линимент бальзамический по Вишневскому<sup>4</sup>). На инфильтрат вокруг язвы можно наносить ихтаммоловую мазь (20%).

**Карбункул** — наиболее тяжелая форма глубокой стафилодермии, характеризуется острым некротически-гнойным воспалением кожи и подкожной жировой клетчатки, быстро распространяющимся в ширину и глубину. Клинически карбункул — несколько слившихся фурункулов, расположенных на общем резко отечном основании. При вскрытии карбункула образуется несколько отверстий, из которых выделяется густой вязкий гной желтовато-зеленого цвета с примесью крови. Больного беспокоят резкая боль в очаге, головная боль, ознобы; температура тела повышена, развитие карбункула связано как с высокими вирулентными и патогенными свойствами стафилококка, так и с понижением сопротивляемости организма.

Принципы лечения карбункула те же, что и при фурункуле. Назначение антибиотиков при этом обязательно. В ряде случаев может потребоваться хирургическое вмешательство. Больные с карбункулами могут быть госпитализированы.

**Гидраденит** — гнойное воспаление апокринных потовых желез, чаще подмышечных. Развитию заболевания способствуют усиленная потливость, неопрятность, зудящие дерматозы в подмышечных ямках, сахарный диабет и т.д. Вначале появляется болезненное при надавливании уплотнение (узел), в дальнейшем оно увеличивается, спаивается с кожей, которая на этом месте начинает выбухать, краснеть, затем в центре появляется размягчение, и гнойник вскрывается, выделяя большое количество гноя. Хронический рецидивирующий гидраденит рассматривается как тяжелое аутоиммунное заболевание.

При лечении состригают волосы, кожу протирают спиртом, накладывают ихтиоловую лепешку, которую меняют в период выделения гноя 2 раза в день. Поверх наклейки кладут пузырь с горячей водой. Назначают антибиотики широкого спектра действия, аутогемотерапию; в начальных стадиях полезны облучение УФ-лучами, лампой Минина («синий свет»), УВЧ-терапия. При размягчении показан разрез с дальнейшим лечением по правилам хирургии. Для

лечения хронического гнойного гидраденита сегодня показано применение адалимумаба — современного генно-инженерного моноклонального антитела.

При стрептодермиях основным морфологическим элементом служит разновидность гнойничка — фликтена: дряблый пузырь с мутным серозным содержимым, которое быстро сохнет и образует желтоватую корку. Процесс склонен к распространению по поверхности, обычно не связан с придатками кожи. Рубцы могут образоваться только после глубоких стрептодермий. Заболевание в виде **стрептококкового импетиго** встречается преимущественно у детей и женщин и может оказаться заразным.

Своеобразная разновидность стрептококкового импетиго — **пиококковая трещина губ, или заеда**, которая протекает обычно хронически. Возникает чаще у детей и пожилых людей. Вскрываясь, фликтены образуют линейные эрозии с обрывками эпидермиса. В дальнейшем появляются глубокие болезненные трещины. Стрептококковую заеду необходимо дифференцировать от кандидозной заеды.

Существуют и другие разновидности стрептококкового импетиго: вульгарное, буллезное, эритематозно-сквамозное, интертригиозное, поверхностный панариций.

*Лечение и профилактика.* Телесный контакт с больным может быть опасен, нельзя пользоваться его посудой, бельем, туалетными принадлежностями. Ребенок, страдающий импетиго, не должен посещать школу, детский сад, ясли и другие учреждения. На пораженные участки кожи не должна попадать вода. Окружающую неповрежденную кожу протирают несколько раз в день спиртовыми растворами. Больной должен мыть руки после каждого прикосновения к пораженным местам, ногти полезно смазывать настойкой йода. Для лечения импетиго пользуются 1% растворами анилиновых красителей в 70% спирте. Эффективны мази, содержащие антибиотики (мупирицин (бактробан®)).

**Рожа (erysipelas).** В группу стрептодермий включается также рожа — инфекционное заболевание, протекающее в острой и хронической форме, вызываемая бета-гемолитическим стрептококком и характеризующаяся очаговым серозным или серозно-геморрагическим воспалением глубоких слоев кожи (слизистых оболочек), лихорадкой и общими токсическими явлениями (см. цв. рис. 3 на вклейке). Инкубационный период длится от нескольких часов до 5 дней. Заболевание может развиваться после контакта с больным, страда-

ющим стрептококковым заболеванием, в том числе хроническим тонзиллитом. Стрептококки проникают в кожу с ее поверхности в результате микротравм или гематогенным путем из имеющихся в организме очагов инфекции. Высыпаниям на коже, как правило, предшествуют головная боль, общая слабость, озноб, повышение температуры тела до 40 °С. У многих больных наблюдаются мышечные боли, тошнота, рвота. На коже нижних конечностей, реже на лице и туловище появляется ограниченная, болезненная, отечная краснота, распространяющаяся на соседние участки в виде языков пламени. Кроме эритематозной формы рожистого воспаления, возможны везикулезные, буллезные, геморрагические формы заболевания. Подробно вопросы патогенеза, клинического течения и лечения рожи изучаются в курсе инфекционных болезней.

## ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОПРОВЕРКИ

1. Какие микробы вызывают пиодермию?
2. Что такое «опасная локализация» фурункула?
3. Что такое ихтиоловая лепешка?
4. Какое заболевание из группы пиодермий контагиозно?
5. Что такое фликтена?
6. Как называется стрептококковое поражение кожи в углах рта?
7. Укажите, при каких соматических заболеваниях часто возникают вторичные пиодермии.
8. Какие действия противопоказаны при распространенных пиодермиях?